

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ITAJUBÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO,
TECNOLOGIAS E SOCIEDADE – DTECS

MIRIANE ANDRADE MORAES

**DA PRESCRIÇÃO À CONSTRUÇÃO DE COMPETÊNCIAS
PROFISSIONAIS: O TRABALHO INVISÍVEL DOS
ENFERMEIROS DO CENTRO CIRÚRGICO DE UM
HOSPITAL DO INTERIOR DE MINAS GERAIS.**

ITABIRA

2023

MIRIANE ANDRADE MORAES

**DA PRESCRIÇÃO À CONSTRUÇÃO DE COMPETÊNCIAS
PROFISSIONAIS: O TRABALHO INVISÍVEL DOS
ENFERMEIROS DO CENTRO CIRÚRGICO DE UM
HOSPITAL DO INTERIOR DE MINAS GERAIS.**

Projeto de dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento, Tecnologia e Sociedade da Universidade Federal de Itajubá, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Desenvolvimento, Tecnologias e Sociedade.

Linha de pesquisa: Desenvolvimento e Sociedade.

Orientador: Prof. Dr. Davidson Passos Mendes.

Coorientador: Prof. Dr. Geraldo Fabiano de Souza Moraes.

ITABIRA

2023

MIRIANE ANDRADE MORAES

**DA PRESCRIÇÃO À CONSTRUÇÃO DE COMPETÊNCIAS
PROFISSIONAIS: O TRABALHO INVISÍVEL DOS
ENFERMEIROS DO CENTRO CIRÚRGICO DE UM
HOSPITAL INTERIORANO DE MINAS GERAIS**

Esta dissertação foi julgada e aprovada para a obtenção do título de mestre, no Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento, Tecnologias e Sociedade da Universidade Federal de Itajubá.

Itajubá, 12 de julho de 2023.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Davidson Passos Mendes
Universidade Federal de Itajubá
(Orientador)

Prof. Dr. Geraldo Fabiano de Souza Moraes
Universidade Federal de Itajubá
(Coorientador)

Prof^a. Dr^a. Sirley Aparecida Araújo Dias
1^o(^a) Examinador(a) – UEMG

Prof. Dr. Luiz Felipe Silva
2^o Examinador - Universidade Federal de Itajubá

AGRADECIMENTOS

Nestes dois anos e meio que fiz esta pesquisa foram uma árdua jornada de desafios, de construção e de conhecimento. Neste período, aprendi que uma dissertação de mestrado, ou qualquer outro trabalho, é uma extensão da vida do autor. Então, para que uma obra seja iniciada, produzida e lapidada, o autor deve primeiro criar algo de valor em si.

Trilhar tal caminho só foi possível com apoio de Deus, pelo Seu amor infinito, pela Sua voz “invisível” que não me deixou, por várias vezes, desistir. Por ter me dado uma família tão especial e pessoas singulares na minha humilde trajetória de vida. Enfim, obrigada por tudo, pois ainda não descobri o que eu fiz para merecer tanto.

Manifesto gratidão também ao meu grande exemplo de vida e determinação, Dr Marcos de Paula Vale, que viu em mim, possibilidades que eu mesma não via. Desafiou-me a cursar o mestrado e literalmente, me adotou como filha. A partir dos preciosos puxões de orelha e encorajamento, como todo bom pai, me ensinou nesses anos e ensina a ser uma profissional melhor e a reconhecer que sou capaz de ir cada vez mais longe.

Ao Dr. Prof. Davidson Passos Mendes e ao Dr. Prof. Geraldo Fabiano de Souza Moraes, pela elevada competência, disponibilidade e profissionalismo. Tantos medos e sentimento de incapacidade, mas ambos gentilmente me propuseram apoio, motivação e uma agradável jornada de aperfeiçoamento profissional e pessoal na área da pesquisa.

À instituição que me aceitou como enfermeira e me mostrou como é importante atuar na área da saúde, do social, da caridade e da humildade. Ao Hospital Nossa Senhora das Dores da cidade de Itabira/MG e a todos os envolvidos, principalmente aqueles do Centro Cirúrgico, para que esse sonho pudesse ser realizado, o meu muito obrigado.

E por fim, mas não menos importante, aos membros da banca examinadora, o Prof. Dr. Luiz Felipe Silva e a Prof^ª Dra. Sirley Aparecida Araújo Dias que, gentilmente, aceitaram participar e colaborar com esta dissertação. Aqui deixo a minha sincera gratidão.

RESUMO

A atividade de enfermagem no Centro Cirúrgico tem se tornado cada vez mais regida por normas e rotinas, numa tentativa de garantir a melhor assistência aos pacientes. O fato de trabalhar está ligado à possibilidade do homem se apropriar das prescrições já estabelecidas, modificá-las, gerir as variabilidades, como também, transferir valores pessoais e as experiências de vida em seu “*uso de si*”. A invisibilidade do trabalho é inerente à atividade de enfermagem, durante a ação humana no trabalho, em sua busca permanente de apropriação do meio, gerir os disfuncionamentos e as possibilidades de manutenção da própria saúde, da qualidade da assistência, da produtividade e da segurança do processo. O ser e o agir competente se instauram a partir destas constantes arbitragens entre o uso de si por si mesmo e o uso de si por outros, numa heterodeterminação. A pergunta que norteou este estudo foi: Quais são as renormalizações utilizadas pelos enfermeiros do Centro Cirúrgico para a gestão das normas antecedentes na tentativa de garantir o controle das variabilidades e dos disfuncionamentos que surgem durante o processo de trabalho? A metodologia utilizada foi a Análise Ergonômica do Trabalho (AET) por meio de observações (gerais e sistematizadas) e entrevistas (semiestruturadas e de autoconfrontação) e ergológica, com a intenção de demonstrar a dinamicidade e a imprevisibilidade inerentes às condições reais de trabalho. Por meio do método qualitativo-descritivo, de ação da ergonomia e da ergologia foram identificados os principais fatores técnicos e organizacionais inerentes na gestão do trabalho em saúde. Os resultados observados foram: (1) a singularidade de 5 enfermeiras do Centro Cirúrgico, como elas acessaram os valores, os saberes e as competências originados na dinâmica do trabalho e o sistema de produtividade, (2) a constante disputa entre alienação e desalienação na vida cotidiana para garantir um trabalho vivo, (3) os riscos e as dificuldades vivenciadas na assistência para cumprir as tarefas designadas e (4) os vazios de normas e suas competências para a gestão da assistência ao paciente a partir da agenda cirúrgica. Desta forma, foi possível concluir que o percurso metodológico se mostrou adequado para atingir os objetivos deste estudo. Ao se fazer aflorar a atividade, deu-se visibilidade ao trabalho, cujos resultados revelaram as estratégias individuais e coletivas instauradas na assistência, nos procedimentos cotidianos do cuidar, além de melhor compreender a complexidade e as exigências que caracterizam a assistência da Enfermagem no Centro Cirúrgico.

Palavras-chave: enfermagem; centro cirúrgico; ergologia; ergonomia do trabalho; atividade de trabalho.

ABSTRACT

The nursing activity in the Surgical Center has become increasingly governed by norms and routines, in an attempt to guarantee the best care for patients. The fact of working is linked to the possibility of man appropriating already established prescriptions, modifying them, managing variability, as well as transferring personal values and life experiences in his "use of self". The invisibility of work is inherent to nursing activity, during human action at work, in its permanent quest to appropriate the environment, manage malfunctions and the possibilities of maintaining one's own health, the quality of care, productivity and the safety of the process. Being and acting competently are established from these constant arbitrations between the use of oneself by oneself and the use of oneself by others, in a heterodetermination. The question that guided this study was: What are the renormalizations used by Surgical Centre nurses to manage antecedent norms in an attempt to ensure control of the variability and malfunctions that arise during the work process? The methodology used was Ergonomic Work Analysis (EWA) through observations (general and systematized) and interviews (semi-structured and self-confrontation) and ergology, with the intention of demonstrating the dynamism and unpredictability inherent in real working conditions. Using the qualitative-descriptive method of ergonomics and ergology, the main technical and organizational factors inherent in health work management were identified. The results observed were: (1) the uniqueness of 5 Surgical Center nurses, how they accessed the values, knowledge and skills originating in the dynamics of work and the productivity system, (2) the constant dispute between alienation and de-alienation in everyday life to ensure a living work, (3) the risks and difficulties experienced in providing care to fulfill the tasks assigned and (4) the gaps in standards and their skills for managing patient care based on the surgical agenda. In this way, it was possible to conclude that the methodological approach proved adequate to achieve the objectives of this study. By bringing out the activity, the work was made visible, the results of which revealed the individual and collective strategies established in care, in the daily procedures of care, as well as a better understanding of the complexity and demands that characterize nursing care in the Surgical Centre.

Keywords: nursing; surgery Center; ergology; work ergonomics; work activity.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – A pluridisciplinaridade ergológica.....	21
Figura 2 – Organograma da organização do trabalho de enfermagem no Centro Cirúrgico....	45
Figura 3 - Escala de trabalho de enfermagem do Centro Cirúrgico	45
Figura 4 – Setores que se relacionam com o Centro Cirúrgico na unidade hospitalar.....	53
Figura 5 – Registro Cirúrgico	56
Figura 6 – Controle diário das cirurgias	57
Figura 7 – Agenda cirúrgica no início do plantão	80
Figura 8 - Agenda Cirúrgica no final do plantão.....	81

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Indicadores alimentados pela Responsável Técnico	58
Tabela 2 – Perfil Sociodemográfico dos sujeitos estudados.....	61
Tabela 4 - Invisibilidade da atividade da enfermagem para atender a urgência cirúrgica	70

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Motivo do Desgaste emocional das enfermeiras do Centro Cirúrgico	63
Gráfico 2 - Agressões sofridas pelas enfermeiras durante o trabalho	64
Gráfico 3 – Violência sofridas pelas enfermeiras no ambiente de trabalho	65
Gráfico 4 – Sensações sobre ser enfermeira.....	67

LISTA DE SIGLAS

AET. Análise Ergonômica do Trabalho

AIH. Autorização de Internação Hospitalar

CC. Centro Cirúrgico

CME. Centro de Material Esterilizado

ECRP. Entidades Coletivas Relativamente Pertinentes

OPME. Órtese, Prótese, Material Especial

POP. Protocolo Operacional Padrão

SRPA. Sala de Recuperação Pós Anestésica

SUS. Sistema Único de Saúde

UTI. Unidade de Tratamento Intensivo

SUMÁRIO

1	ABORDAGEM ERGOLÓGICA DO TRABALHO.....	13
1.1	JUSTIFICATIVA.....	15
1.2	OBJETIVOS.....	16
1.2.1	Objetivos específicos.....	16
2	TRABALHO: O LADO VISÍVEL E INVISÍVEL NO SETOR DE SERVIÇOS	17
2.1	O TRABALHO COMO ATIVIDADE HUMANA	17
2.1.1	A Ergonomia da Atividade.....	18
2.1.2	Abordagem Ergológica do Trabalho.....	20
2.2	RISCOS DO/NO TRABALHO	24
2.3	PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS NO SETOR TERCIÁRIO DA ECONOMIA.....	26
2.4	ESPECIFICIDADE DO TRABALHO NO CONTEXTO DE SAÚDE	27
2.5	COMPLEXIDADE DO/NO SETOR HOSPITALAR	29
2.5.1	Centro Cirúrgico e o cotidiano da assistência	31
2.6	A ATIVIDADE DE ENFERMAGEM.....	32
2.6.1	Enfermagem no gerenciamento do Centro Cirúrgico	34
2.6.2	O trabalho da Enfermagem no desenvolvimento da sociedade.....	35
2.6.3	Enfermagem como ser social e prática gerencial	37
3	PERCURSO METODOLÓGICO.....	41
3.1	TIPO DE ESTUDO	41
3.2	CENÁRIO DO ESTUDO	43
3.3	SUJEITOS DO ESTUDO	44
3.4	PROCEDIMENTOS	46
3.4.1	Método AET - Análise Ergonômica do Trabalho	47
3.5	ANÁLISE DE DADOS.....	48
3.6	PRODUÇÃO DOS DADOS	50

3.7 ASPECTOS ÉTICOS	51
4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	52
4.1 CARACTERIZAÇÃO GERAL DO CENTRO CIRÚRGICO: ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO	52
4.1.1 Estrutura física e trabalhadores do setor.....	52
4.1.2 Rotina e jornada de trabalho das Enfermeiras	53
4.1.3 Rotina para a organização do agendamento cirúrgico.....	59
4.2 PERFIL DOS SUJEITOS DA PESQUISA	61
4.3 OS RISCOS REAIS VIVIDOS NA ASSISTÊNCIA E AS ESTRATÉGIAS DE CONTROLE: CATEGORIA 1. INTENSIFICAÇÃO E DENSIFICAÇÃO DO TRABALHO	67
4.4 DIFICULDADES ENFRENTADAS PELOS ENFERMEIROS NO ENTRELAÇAR DAS NORMAS ANTECEDENTES E A CONCRETUDE DA ATIVIDADE DE TRABALHO: CATEGORIA 2. O AGIR COMPETENTE	71
4.5 AS ESTRATÉGIAS INDIVIDUAIS E/OU COLETIVAS DESENVOLVIDAS PARA GERIR AS LACUNAS ENTRE O PRESCRITO E O REAL: CATEGORIA 3. COMUNICAÇÃO E INTERAÇÃO INTERPROFISSIONAL.....	73
4.6 OS VAZIOS DE NORMAS EXISTENTES E AS COMPETÊNCIAS EMANADAS PARA A GESTÃO DA ASSISTÊNCIA E DA PRODUTIVIDADE	76
4.6.1 Competências para a gestão de Equipamentos	77
4.6.2 Competências para gestão dos Recursos Humanos	78
4.6.3 Competências para a gestão da Agenda Cirúrgica	79
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	87
REFERÊNCIAS	90
APÊNDICE I - Termo De Consentimento Livre e Esclarecido N°____	99
APÊNDICE II - Entrevista Semi Estruturada.....	103

1 ABORDAGEM ERGOLÓGICA DO TRABALHO

O conhecimento se faz a custo de muitas tentativas e da incidência de muitos feixes de luz, multiplicando os pontos de vista diferentes. A incidência de um único feixe de luz não é suficiente para iluminar um objeto. O resultado desta experiência só pode ser incompleto e imperfeito, dependendo da perspectiva em que a luz é irradiada e da sua intensidade. A incidência a partir de outros pontos de vista e de outras intensidades luminosas vai dando formas mais definidas ao objeto, vai construindo um objeto que lhe é próprio. A utilização de outras fontes luminosas poderá formar um objeto inteiramente diverso, ou indicar dimensões inteiramente novas ao objeto (CARDOSO, 1977; MINAYO, p. 173-174, 2014).

A trajetória percorrida pela pesquisadora, inicialmente, teve como motivação principal para realização deste estudo, a vivência profissional como enfermeira na instituição de saúde aqui estudada e especificamente no Centro Cirúrgico – CC – entre os anos de 2014 a 2016 que, atuou na parte técnica como enfermeira atendente.

No ano de 2017, até o momento, tenho atuado como enfermeira assistencial gerindo as vinte e uma comissões hospitalares e ainda, colaborar com trabalhos acadêmicos de instituições de ensino superior do município, mas sempre mantendo laços, de certa forma, com o CC, com setores assistenciais e administrativos.

Foi quando, no ano de 2020, o Dr Marcos de Paula Vale e o Prof. Dr. Davidson Passos Mendes (orientador de várias pesquisas de iniciação científica pela a UNIFEI, de artigos científicos em diversos setores do hospital e orientação de um doutorado no CC), desafiaram-me a percorrer o caminho do conhecimento e da pesquisa científica e assim, me incentivaram a fazer a prova de mestrado pela UNIFEI e a trilhar o caminho da pesquisa no campo do gerenciamento de enfermagem, mais especificamente, no setor cirúrgico que me ensinou muito sobre o tema.

Entendo que estudar a prática gerencial de enfermeiras no setor do CC mostrou a compreensão dos limites e as possibilidades do trabalho individual e coletivo, na qual tem como característica importante do trabalho em saúde e principalmente em enfermagem.

Conseqüentemente, ao falar em trabalho no CC e aprofundar sobre a temática, é importante mostrar a principal diferença entre o homem e o animal, pois o indivíduo tem o poder de modificar e/ou criar, livremente e conscientemente, a realidade sobre a natureza ou o mundo concreto em que vive (MARX, 1987).

Desta forma, o homem se enquadra precisamente na modificação da natureza a fim de atender às suas necessidades, precisamente a necessidade de se agrupar e transformar em ser social. Como tal, é no trabalho que interage fortemente com a natureza, modifica o meio em

que se vive, ou seja, modifica a natureza por intermédio da consciência para garantir a sobrevivência. É nesse ambiente que nasce o processo de produzir, de reproduzir, criar bens e serviços e ainda abstrair de experiências e ideias correspondendo assim, às suas exigências (MARX, 1987; PETO; VERISSIMO, 2018).

Durrive (2011) afirma que, quando o ser humano, um ser social, opta por trabalhar, ele se depara com um imenso conjunto de normas já estabelecidas dentro da empresa. Essas normas, já postuladas neste ambiente, dão as características do trabalho, bem como, o que é esperado, para então o homem poder agir dentro de um processo específico de produção. Está entrelaçada de regras e objetivos anexados conforme a organização do trabalho quanto às condições dadas. Entretanto, Mendes (2014), pontua que sempre o resultado final dessa atividade é único de cada indivíduo que assim a produz.

Nessa perspectiva, a atividade de trabalho tem por característica singular, o olhar para o micro do trabalho. Guérin (2001), acrescenta que nesta região, ocorre um encontro entre fenômenos fisiológicos e psicológicos do trabalhador que se materializam na forma de se colocar frente a que lhe é demandado, ou seja, coloca-se por inteiro (consciente e inconscientemente) e sempre está em um debate constante entre o que é demandado e o que ele mesmo se demanda. Sem essa interação do homem com o trabalho, não existirá trabalho, mas sim um trabalho automatizado / robotizado necessário ao objetivo final de produção.

De fato, o meio onde o trabalhador está inserido é infiel, pois uma jornada de trabalho nunca será igual ao outro, ou até mesmo uma situação não será igual ontem ou anteontem (MENDES, 2014). É chamado de infidelidade do meio, porque as normas antecedentes não são suficientes para suprir toda a ação determinada pela empresa, então o ser humano tende a gerir o meio e fazer uso de suas capacidades, de seus recursos e das suas escolhas. Diante dessa ação do homem frente ao meio, podemos chamar de dramática, pois trabalhar é estar sempre arriscando, fazendo escolhas, fazer “*uso de si*” (SCHWARTZ, 2010).

Como qualquer outro ramo da economia, o processo de produção econômica na área da saúde, tem passado por transformações intensas e torna-se interessante problematizar essas transformações, pois envolve a dinâmica entre produção e consumo ocorrem ao mesmo tempo. Entretanto, a hipertrofia de normas, o abismo entre as normas antecedentes e a atividade de trabalho são pontos importantes neste ambiente e mostram que existe uma demanda por estudos mais específicos nessa área (MENDES, 2014).

Essas características são observadas claramente no setor terciário da economia, mais precisamente o setor da saúde, pois se consegue adentrar em um mundo no qual, o objeto de

trabalho é um corpo biológico, composto por diversos cuidados de natureza física, psicológica, social e espiritual. Assim, demanda por reconhecimento profissional especializado e sutileza ao executar sua atividade de trabalho (BORGES; TRINDADE, 2021; SANNA, 2007).

Guedes e Castro (2009) afirmam que, a atenção e o cuidado prestados pelos profissionais da área da saúde, são sempre voltados a uma assistência centrada no paciente, na sua complexidade e singularidade e, dentro deste contexto, o atendimento pelos profissionais aos que ali necessitam de cuidados, torna-se íntegro, universal, equitativo. Dentro desse contexto, a atividade dos profissionais abre espaço para a realização profissional, o sentimento de utilidade à coletividade além de ser campo para fazer aflorar a criatividade na assistência.

Para os profissionais que desempenham atividades em nível hospitalar, a enfermagem dispõe de elementos para construir uma atividade como ciência e tal construção, compreende a capacidade do profissional de detectar e prevenir precocemente situações de riscos (prever algum tipo de disfuncionamento) que, a todo o momento, estão visíveis na prestação de serviços ao paciente e no final, garantir um bom funcionamento do trabalho (MENDES, 2014; SANTOS; CAMPONOGARA, 2014).

Para gerir tal demanda e, ainda, controlar atividade principal, Guérin (2001) explica que na Ergonomia da Atividade, existem dois tipos de trabalho: o trabalho prescrito e o trabalho real. Porém, há uma lacuna entre esses dois tópicos onde se inscrevem as variabilidades condizentes às atividades (variabilidade do coletivo e da sua própria variabilidade) exercidas pelo enfermeiro que, muitas das vezes, não podem ser antecipadas (TELLES; ALVAREZ, 2004).

1.1 JUSTIFICATIVA

Diante dessas abordagens, tem-se como problema de pesquisa a gestão do Centro Cirúrgico pelos enfermeiros envolvidos, como eles renormalizam a sua atividade para manter-se vivos no ambiente de trabalho e como esse ambiente com diversos disfuncionamentos, repercute tanto no binômio saúde/doença, quanto nas relações entre o desempenho e a execução do trabalho dos enfermeiros, a fim de evitar eventos deletérios à saúde do paciente e dos trabalhadores.

A pergunta que norteará este estudo é: Quais são as renormalizações utilizadas pelos enfermeiros do Centro Cirúrgicos para a gestão das normas antecedentes locais na tentativa de

garantir o controle das variabilidades e dos disfuncionamentos que surgem durante o processo de trabalho?

O estudo procurou revelar as atividades de trabalho dos enfermeiros do Centro Cirúrgico de um hospital interiorano de Minas Gerais, como também compreender as formas de gerir as variabilidades, individuais e/ou coletivas, que surgem durante sua jornada de trabalho. No segundo momento, buscou-se identificar como esses profissionais se organizaram na tentativa de antecipar ações e transformar os meios para controlar as disfuncionalidades.

1.2 OBJETIVOS

Dessa forma, este trabalho tem como objetivo geral identificar as lacunas existentes entre as normas antecedentes e a atividade de trabalho (dos profissionais de enfermagem do setor do CC), bem como se fazer revelar as estratégias individuais e/ou coletivas utilizadas na gestão de saúde, da segurança, da qualidade e da produtividade no contexto analisado.

1.2.1 Objetivos específicos.

- a) Fazer aflorar os riscos reais vividos na assistência e as estratégias de controle estabelecidas;
- b) Levantar os vazios de normas existentes e as competências emanadas para a gestão da assistência e da produtividade no contexto analisado;
- c) Compreender as dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros durante o gerenciamento do processo anestésico-cirúrgico no entrelaçar das normas antecedentes e o real da atividade de trabalho;
- d) Analisar as estratégias individuais ou coletivas desenvolvidas para gerir as lacunas entre o prescrito e o real, no entrelaçar das normas antecedentes e a atividade real do trabalho;
- e) Entender como os saberes individuais e/ou coletivos impactam no cotidiano da assistência no processo de trabalho em saúde, especificamente, nas possibilidades de gestão da saúde e segurança do trabalhador.

Diante dos objetivos apresentados neste trabalho, estabeleceram-se as seguintes hipóteses de pesquisa:

- 1) A organização do trabalho estabelece riscos no cotidiano da assistência que impactam diretamente na possibilidade de gestão e da qualidade, produtividade, saúde e segurança dos sujeitos da pesquisa no contexto analisado;
- 2) A competência é elemento central para a gestão dos prováveis (dis)funcionamentos locais;
- 3) Há uma hipertrofia de normas no contexto analisado, porém o trabalho se efetiva no dia a dia, frente ao inédito, num vazio de normas;
- 4) O coletivo é fundamental para a gestão da assistência e dos riscos locais.

2 TRABALHO: O LADO VISÍVEL E INVISÍVEL NO SETOR DE SERVIÇOS

2.1 O TRABALHO COMO ATIVIDADE HUMANA

Não convém a este estudo tratar da origem e efeitos do trabalho sobre o homem, mas, sim, abordar as recentes teorias que vinculam a esta pesquisa. Dessa forma, conceituar trabalho é algo complexo e, sob ótica de Marx, o homem precisa modificar a natureza para poder criar e produzir. É nesse eixo que, o ambiente, se mostra ao homem a natureza efetiva no trabalho, sendo um processo que se estabelece um elo entre pessoas e natureza, algo impossível de separar (MARX, 1987; PETO; VERISSIMO, 2018).

Conceituar trabalho implica problematizar a fabricação dos saberes os quais só se tornam eficientes no momento em que se neutraliza a história. Entretanto, para o filósofo Yves Schwartz (2000), é necessário associar a história com o social e pontuar-se epistemologicamente à prática para mostrar lugares escondidos, lógicas internas que não se apresentam externamente, bem como romper os sistemas conceituais e submetê-los a complexos de valores e escolhas.

Outra percepção sobre trabalho é o fato que todo ser humano executa um trabalho de forma consciente a fim de atender a um objetivo imposto: o de produzir um certo produto ou serviço que leve o seu próprio valor (SANNA, 2007; BORGES; TRINDADE, 2021). Entretanto, para Schwartz (2011), trabalhar é fazer uso de valores e julgamentos sobre procedimentos no trabalho, o que mostra que trabalhar também é um saber inconsciente.

Corroborando com o último autor supracitado, Dejours (2004) fala que o trabalho confronta a subjetividade do trabalhador dando-lhe crescimento pessoal, enaltecimento ou, ainda, diminuindo e/ou mortificando-o. O simples fato de trabalhar constitui para a

subjetividade humana uma provação para a transformação. Trabalhar não é apenas produzir, é ainda transformar a si mesmo.

Diante disso, para que se possa compreender o trabalho como uma atividade humana, faz-se necessário saber o que é atividade:

Um impulso de vida, de saúde, sem limite predefinido, que sintetiza, cruza e liga tudo o que se representa separadamente (corpo/espírito; individual/coletivo; fazer/valores; privado/profissional; imposto/desejado; etc...) (DURRIVE; SCHWARTZ, p. 23, 2008).

Sendo assim, o sentido do trabalho está pautado no compromisso que o trabalhador tem com a organização empregadora, isto é, a forma como os profissionais se organiza e conduz para a realização de suas atividades e atitudes em harmonia com os objetivos organizacionais e seus próprios objetivos e perspectiva de vida, seus valores e seus princípios (CARAM, 2013).

2.1.1 A Ergonomia da Atividade

Para compreender a palavra ergonomia é preciso saber como é constituída frente a sua etimologia. Com dois radicais, *ergon* e *nomos*, a palavra ergonomia, conecta com a ciência do trabalho, portanto, se interessa pela relação do homem e da empresa, do homem e da técnica. Dessa forma, devemos nos aprofundar nessa interação entre homem e empresa para assim, falarmos da ergonomia (GUÉRIN, 2001).

Convém separar três terminologias abordadas na ergonomia e atividade do trabalho. A primeira é a tarefa, que nada mais é, que resultados antecipados e firmados dentro da empresa (prescrição), porém, não é o trabalho propriamente dito e geralmente não leva em conta as particularidades dos trabalhadores. A segunda terminologia é a atividade de trabalho, que condiz como os resultados são alcançados juntamente com seus meios e o terceiro é o trabalho que são os resultados obtidos diante das condições reais dessa atividade (GUÉRIN, 2001).

Somando à situação produtiva, a ergonomia aborda também outras duas perspectivas distintas. Primeiro, a tarefa já está definida e o trabalhador é chamado (convocado) para colocá-la em ação. A segunda perspectiva apresenta-se como um estado de vida do trabalhador; resumindo, as pessoas estão nesse ambiente e então se ocupam, todavia, a tarefa se adequa à história do local sob apostas e urgências dos diferentes atores envolvidos. Nenhuma dessas duas formas têm como objetivo reduzir o trabalho à simples aplicação de procedimentos, mas sim, o trabalho é pensar e como também é viver (DURRIVE, 2011).

Já a atividade de trabalho, portanto, é o real e, como tal, só se realiza mediante os meios reais e adequados para sua execução. Porém, entre o trabalho prescrito e o trabalho real se instauram múltiplas variabilidades em relação ao processo de trabalho, que não podem ser brevemente antecipadas. Logo, esse espaço entre o trabalho prescrito e o realmente executado se inscreve na realidade das atividades humanas e profissionais (MENDES, 2014).

Todavia, as prescrições são do tipo precisas e regradas, voltadas para o racional. Têm como objetivo utilizar instrumentos para gerenciar, organizar as técnicas, quantificar processos e avaliar os resultados, assim essas características estão entrelaçadas e enraizadas no processo de gestão. No mais, esse tipo de prescrição é constituído por regras frias, irracionais, irrealistas e com certo grau de julgamento a partir de resultados numéricos e arbitrários. Essa ideologia mostra o quanto produz resistências, contradições e desilusões por parte dos trabalhadores ligados às essas normas (GAULEJAC, 2007).

Assim, diante da prescrição deparada pelo profissional e a atividade real de trabalho que executa, Canguilhem (2009) aponta a existência de uma lacuna, o que revela a impossibilidade de se realizar um trabalho por meio de uma simples aplicação de normas e procedimentos e nos encaminha à impossibilidade de uniformizar e solidificar situações de experiências. Conforme exposto, a atividade de trabalho então envolverá estratégias de adequação à prescrição frente às reais situações de trabalho, transpondo as variabilidades e o acaso. Recordando que a atividade do trabalho é sempre singular, instável e variável (DURRIVE, 2011).

Guérin (2001) pontua que na organização, para poder atingir seus objetivos de produção, lança meios técnicos e organizacionais levando em conta os constrangimentos (exigências) subestimados aos trabalhadores como a variabilidade da produção e os constrangimentos temporais. Com modo de limitar os fatores instáveis no processo de produção ou fornecimento de serviços, é fato atentar para as variabilidades que podem ser normais (decorrentes do próprio trabalho executado, previsíveis ou parcialmente previsíveis), considerar a existência das variabilidades acidentais, as variabilidades sazonais no volume de produção e as variabilidades intra-individuais.

É nesse espaço vazio entre a prescrição (normas) e a real atividade do trabalhador (o que é desejável e o que é realmente realizado), que se instauram tais variabilidades. Abraão (2000) também concorda que as variabilidades estão tanto na organização do trabalho (materiais, equipamentos, gestão de riscos e processos específicos) como nas próprias singularidades do trabalhador (aspectos físicos, psíquicos e cognitivos, experiências históricas anteriores e envelhecimento). É nesse espaço que se confrontam as características do indivíduo,

as organizações e o cumprimento de exigências do processo de produção e a organização do trabalho.

O estudo de Bonfada e demais pesquisadores (2019), dão um exemplo desse vazio de normas. Em um ambiente hospitalar, os profissionais de saúde, frente aos imprevistos no setor e zelo pelos pacientes sob seus cuidados, é possível notar como as normas não são suficientes para tentar controlar a situação apresentada, assim precisam se reinventar para responder a demanda do trabalho. De certa forma, eles não conseguem seguir uma rotina e nem mesmo fluxo de atendimento.

Validando essa forma de pensar, ao nos deparamos por compreender as competências dos trabalhadores e sua capacidade de regular-se, ou seja, gerir as variabilidades de acordo com as situações que o ambiente de trabalho lhes apresenta, fica evidente que, quanto maior for a variabilidades das situações apresentadas, menor é a possibilidades de antecipação, o que exige maior competência profissional. Diante dessa situação de variabilidade e a competência do trabalhador, irá possibilitar a reconstrução de situações reais de trabalho (ABRAHÃO, 2000).

2.1.2 Abordagem Ergológica do Trabalho

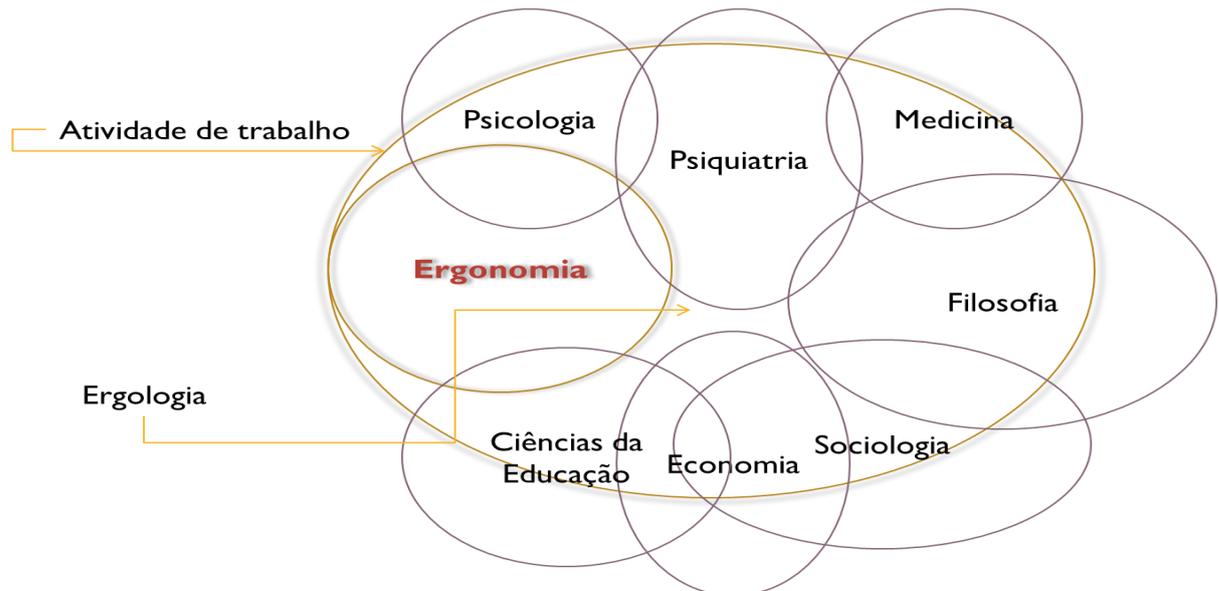
A ergologia foi concebida no final dos anos de 1960 e, desde então, não tem como função retratar-se como uma nova disciplina ou campo do conhecimento, mas efetivamente, como uma proposta de análises e intervenções sobre o trabalho - visa esmiuçar o ponto de vista da atividade humana e confrontar os diferentes saberes já estabelecidos com os saberes investidos pelo homem (BRITO, 2011).

Sob essa perspectiva, o professor e filósofo Yves Schwartz aprofundou e começou na França estudos sobre a atividade do trabalho e sua ligação com o homem/trabalhador, a ergologia do trabalho. Ele pontua que, ao considerar a influência do trabalho em todos os pontos da vida do ser humano, é de suma importância abordar os aspectos subjetivos dos trabalhadores no que tange a seus saberes e valores como elementos primordiais de reconstrução individual e coletiva do e no trabalho (SCHWARTZ; DURRIVE, 2009).

Primeiramente, a ergologia por ter uma abordagem pluridisciplinar, como mostra a Figura 1, significa que é complexa para simplesmente compreender e analisar como uma única disciplina. Há de convir que, com o avanço da ciência, existe uma necessidade de abrir horizontes e se aprofundar.

Aprofundar em tal dialética pluridisciplinar, é abrir-se para os vários conceitos, novas perspectivas, novos horizontes e também, a novos conhecimentos. Assim, a ergologia juntamente com as demais disciplinas faz de suma importância para abordar a atividade do trabalho. (TRINQUET, 2010).

Figura 1 – A pluridisciplinaridade ergológica



Fonte: Trinquet (p. 94, 2010).

No trabalho de Bonfada *et al.* (2019), as verbalizações de enfermeiros em uma unidade de um pronto atendimento mostram como o atendimento interdisciplinar ao paciente é completo quando trabalham pessoas com conhecimento técnico e científico diferentes, a fim de garantir uma tomada de decisão mais assertiva e com embasamento científico ao atendimento ao paciente.

Ainda sobre o olhar de Schwartz (2016), pensar em ergologia é atentar-se para um modelo capaz de aproximar-se da atividade, cuja origem vem de experiências entre trocas constantes e duradouras com o mundo do trabalho. Todo trabalho apresenta ao seu profissional diversas normas antecedentes e, diante disso, a abordagem ergológica sintetiza a atividade como “*uma trama de renegociações permanentes destas normas*”.

As “*Normas antecedentes*” significam denominar aspectos estabelecidos pela ergonomia como trabalho prescrito. Diante disso, as normas antecedentes e trabalho prescrito condizem ao que é dado, cobrado, apresentado ao trabalhador antes mesmo de o trabalho ser executado (MENDES, 2014).

Para Batistella (2007), as normas são herança das sociedades industriais para obter a disciplinarização social, em outras palavras, vêm para obter o mecanismo de controle e ajustamento por meio da criação e propagação de modelos e prescrições de comportamento desejáveis, rigorosas ou não.

Se pensarmos antropologicamente, uma norma não pode ser original, pois, ao consumir a regra é preciso fazer correção da própria infração cometida. Dessa forma, para atestar uma regra, é preciso submetê-la à contestação bem como à infração, o resultado disso será a oportunidade de fazer uma regra correta. Por fim, a infração é a origem da regulação (CANGUILHEM, 2009).

O homem tem a capacidade de se mover nesse universo de normas, o que realmente o caracteriza. Diante disso, a palavra “norma”, no latim, tem o significado de esquadro, o que pretende adequar, corrigir ou retificar, tanto aquilo que já está posto. Ela tem duas características importantes: primeiro, o seu posicionamento antes de iniciar o trabalho, tornando as normas mais duradouras e, segundo, tem como característica ser anônima, por não considerar a singularidade de quem está agindo (DURRIVE, 2011).

A ação de normalizar exige propor um modo possível de universalizar, reabsorver uma diferença e responder a uma desavença. Entretanto, propor não é a mesma coisa que impor algo. “*Toda técnica humana, inclusive a da vida, está inscrita na vida*”, o homem considerado normal é um homem normativo, capaz de colocar novas normas, mesmo que orgânicas (CANGUILHEM, 2009).

Para Trinquet (2010), a atividade é relativa à atividade interior, uma forma abstrata de abordar, mas em sua totalidade, é o que se passa na mente do trabalhador, em um diálogo entre ele mesmo, com o meio e com “outros”. Assim, é o que faz com que o trabalho possa realmente acontecer e, de fato, acontece e se realiza. Dessa forma, na ergologia, para esse autor, essa situação é chamada de “*debate de normas e de transgressões*” cujo resultado final são as “*renormalizações*”.

Entretanto, a ação de trabalhar sempre acopla o debate de normas e o fazer escolhas (renegociações) pelo trabalhador que nem sempre são conscientes ou sustentadas pelos valores. A renormalização se dá na tentativa de atualizar/personalizar o meio e, assim, existirá uma ruptura entre os valores que integram a organização e, por fim, a norma antecedente e os valores dos profissionais (MENDES, 2014).

Personalizar o meio (ambiente de trabalho) em que o ser humano está inserido tem como produto a atividade humana, o homem incorpora esse ambiente, que está impregnado de história

e de técnicas coletivas. Frente a essa perspectiva, possíveis riscos podem ocorrer dentro desse meio e o ser humano percebe que o meio ambiente é infiel (instável e adverso) dando margem a essas infidelidades a capacidade dos indivíduos (individual ou coletivamente) de criarem novas normas (CANGUILHEM, 2009).

Diante desses pressupostos, trabalhar é estar sempre fazendo escolhas, pois um dia de trabalho nunca é igual ao outro, e, dentro disso, essas escolhas são feitas a partir dos valores singulares impregnados no trabalhador (SCHWARTZ, 2007). O ser humano não consegue viver só de leis e normas, é invivível, então a saúde é a divisa para se tolerar as infidelidades do meio (CANGUILHEN, 2009).

Podemos dizer assim que o meio é aberto a riscos e as infidelidades que são impostas, secundariamente levam a fazer escolhas, para que se tenha um bom funcionamento da atividade é estar assumindo riscos. Isso devido ao vazio de normas, à deficiência de orientações e somando as experiências vividas, ressingularizar (SCHWARTZ, 2011).

Vale ressaltar que a atividade humana não é simplesmente a aplicação de saberes já constituídos durante o curso da atividade ou outras fontes de saberes. Importante dar visibilidade aos saberes internos à atividade (DURRIVE, 2011).

Saber confrontar as normas antecedentes e tratar com seus vazios de normas sempre comporta uma gestão coletiva. Renormalizar é também saber reconhecer outro indivíduo com valores semelhantes e, assim, estabelecer agrupamentos pertinentes ao agir coletivo de forma a gerir a defasagem de normas que as normas antecedentes implicam ao trabalho. Os trabalhadores em si e principalmente os da área da saúde tendem a transmitir uns aos outros suas histórias, seus valores e suas singularidades, do mesmo modo para com os pacientes a fim de criar relações de confiabilidade (SCHWARTZ, 2011).

Diante das perspectivas aqui apresentadas e relacionando com a enfermagem, a categoria possui bases científicas consistentes para fundamentar suas práticas profissionais, bem como capacidade de fazer escolhas, transgredir normas e modificar suas condutas a fim de superar as lacunas existentes entre o trabalho prescrito e o realizado (SANTOS; CAMPONOGARA, 2014).

A produtividade do trabalho dos enfermeiros é construída diariamente a partir da sua dinâmica, a impossibilidade de prever todos os passos e ações a serem praticados. O trabalho do enfermeiro permeia entre normas e prescrições restritas, dando-se assim o vazio de normatizações em sua jornada de trabalho (SCHWARTZ; DURRIVE, 2009).

2.2 RISCOS DO/NO TRABALHO

Em nossa atualidade, nas diversas áreas de vida do ser humano, deparamo-nos constantemente com exigências e necessitamos tomar decisões o mais rápido possível com adequado embasamento teórico. Diante disso, o ser humano é obrigado a buscar por conhecimentos diariamente a fim de tentar gerenciar os riscos envolvidos, porém isso nunca será o suficiente (GONDIM, 2008). A definição de riscos para o autor diz respeito ao fato de que, o ser humano frequentemente se depara com as incertezas de tentar acertar e/ou errar e, com isso, fracassar ou alcançar o êxodo (MACIEL; TELLES, 2000).

Para Silva e Borges (2017), o destino do profissional será determinado pelas suas maneiras de realizar escolhas. Com escolhas feitas, as portas se abrem para um mundo de possibilidades de invenção e criatividade, entretanto, com a propensão de riscos negativos ocorrerem e surgirem novas dificuldades, torna-se necessário assumir as consequências de cada escolha tomada.

Ao falar sobre o risco, Gondim (2008) enfatiza que o risco para a sociedade moderna é caracterizado a partir de três componentes básicos: 1) quanto ao seu poder de levar a danos e perdas, 2) a incertezas das perdas e danos e 3) o valor que estas perdas e danos.

Com o propósito de o homem tentar compreender o risco em que está inserido, Nouroudine (2004) explica a existência de dois tipos importantes de estruturas para prever o risco, a primeira diz respeito à hipertrofia de normas de segurança, que já se encontram definidas antes da atividade e, a segunda, ao “saber-fazer de prudência”, que ocorre encoberto no decorrer da atividade de trabalho. Saber compreender esses dois pontos distintos entre si, pode-se questionar sobre essa defasagem e o caldeirão de infração operante na atividade.

Bem que se sabe, o homem enfrenta perigos desde a pré-história, porém, o conceito de risco é relativamente moderno e está relacionado à reorientação entre as relações das pessoas com a coletividade para prever o futuro. Perante isso, o risco em si é a (re)significação das situações de perigo a fim de controlar o futuro e se prender em uma rede de fatos já conhecidos (GONDIM, 2008).

No processo decisório sobre qual conduta tomar e, assim, assumir o risco, devemos levar em conta variáveis que atuam nesse processo decisório. Dessa forma, quanto maior o controle sobre essas variantes que se instauram no meio, melhor o grau de previsão dos acertos e, portanto, o menor risco envolvido na decisão. Então, o bom senso e a capacidade de analisar

todas as situações apresentadas mostram-se fórmulas cruciais na tomada correta da decisão (MACIEL; TELLES, 2000).

Atualmente existem vários estudos e recursos materiais para avaliar os riscos dos trabalhadores nas mais diversas áreas de atuação, inclusive na área da saúde. Tais instrumentos buscam interpretar estatisticamente as variáveis na tentativa de explicar e então reduzir riscos ao trabalhador e ao paciente assistido. Porém, tais medidas tendem a ignorar as variações individuais no momento das ações (DOLAN; DOYLE, 2000).

Vale lembrar que esse profissional está engajado na sua atividade como sua própria personalidade e história, pois quando se depara com situações de confrontação entre suas características pessoais e as características da empresa ocorrerão conflitos com consequências negativas para ambas as partes ou revelar um fator positivo para a saúde do trabalhador (GUÉRIN, 2001).

Exemplificando o que foi abordado até o momento sobre risco e tomada de decisão durante a assistência de enfermagem, Patrício e seus colegas (2019) apresentam a necessidade dos profissionais de reconfigurar a atividade, quando inicia o plantão, a partir de suas perspectivas em prol dos cuidados com seus pacientes. A percepção de risco muda quando o mesmo profissional tem que atender pacientes psiquiátricos e pacientes com outras patologias no mesmo período e ambiente de trabalho, levando-o a manter-se sob tensão constantemente a fim de evitar que um paciente entre em surto psicótico e o outro não seja desassistido.

Observando-se o cenário, vale deixar claro que o agir nunca deverá ser confundido com o fazer, pois esse último existirá sempre um início e um fim, ao modo que na ação, a predominância é a imprevisibilidade dos resultados de um curso de fatos correlacionados e assim, impossível prever antecipadamente (GONDIM, 2008).

No ambiente em que os trabalhadores da área da saúde atuam, autores concordam que tratar-se de um local com diversidades de riscos e doenças ocupacionais, e alguns deles são desconhecidos ou ocultos pelo trabalhador (OLIVEIRA; MUROFUSE, 2001; SULZBACHER, FONTANA, 2013; MENDES, 2014).

Em síntese, vale ressaltar que problemas de saúde em decorrência ao trabalho estão ligeiramente ligados ao ambiente, pois os riscos individuais e coletivos se efetivam no ambiente e assim respinga em todos, por meio de processos, produtos, agentes etiológicos ou naturais (GONDIM, 2008).

2.3 PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS NO SETOR TERCIÁRIO DA ECONOMIA

Trabalho também pode ser considerado um serviço e para Orban (2005, p.16) serviço é a ação de um prestador a um beneficiário gerando assim um o produto final, contrária aos serviços industriais (bens tangíveis ou palpáveis). Primeiro, os bens em serviços não podem ser estocados, pois partem de uma realidade do momento e no espaço em que se presta o serviço. E, segundo, não existem transferências de direito de propriedade e nem acumulação de bens materiais, pois o serviço é de ordem imaterial.

Essa ausência de base material não impede que o serviço tenha o real valor, o importante aqui é o valor de uso. Ou seja, a importância do serviço se manifesta no processo de realização do trabalho. (MEIRELLES, 2006). Realmente, “*um serviço nada mais é que o efeito útil de um valor de uso, seja da mercadoria, seja do trabalho*” (Marx, 1867, vol I:159)

Dessa forma, o serviço de natureza intangível tem como essência o processo e não o produto final:

Sendo processo é *a priori* intangível. Por ser um processo de trabalho, a prestação de serviço tende a acontecer *pari passu* ao consumo, ou seja, a produção é simultânea ao consumo. A produção só acontece a partir do momento em que o serviço é demandado e se encerra assim que a demanda é atendida (MEIRELLES, 2006. p.133).

Essa singularidade da prestação de serviços é também abordada por Orban, (2005, p.19) em que o prestador de serviços tem a capacidade de avaliar rapidamente o seu cliente, conseguir compreendê-lo mesmo aos mínimos gestos emitidos, garantir nessa relação a segurança, confiança e a duração dessa parceria e, ainda sob alguma forma, a ação de estabelecer uma relação mútua com o beneficiário.

Como geração de serviço, Oliveira, (2011, p.521) comenta:

Será obter uma mudança na situação de uma pessoa ou de um bem de uma instituição, envolvendo trabalho real e qualificação profissional para se atingir essa transformação (OLIVEIRA, 2011, p. 521).

Nesse sentido, trabalhar em saúde, com o objetivo central em assistir o outro que demanda cuidado, pode ser uma via para a autorrealização e para a construção de identidade pessoais e profissionais. Na maioria dos casos, é um trabalho portador de sentido para os seus protagonistas (ASSUNÇÃO, 2011).

2.4 ESPECIFICIDADE DO TRABALHO NO CONTEXTO DE SAÚDE

Conceituar saúde é um trabalho complexo, pois se arbitra em um universo sujeito a determinantes sociais, biológicos entre outros. Para colaborar na formação da saúde, existe uma rede de atenção que trabalha para a obtenção da qualidade de vida e não a partir da problemática doença. Redes que têm como prerrogativas a Política de Saúde voltada à universalidade do atendimento nas Unidades Básicas de Saúde, Unidades Intermediárias de média e alta complexidade e os hospitais (GUEDES; CASTRO, 2009).

O trabalho no contexto da saúde é tido como “trabalho essencial” e de atribuição básica para a vida humana. Esse trabalho, tido como essencial para os profissionais da saúde, tem como o objetivo o indivíduo e os grupos de doentes dentro do contexto saúde/doença, expostos ou não a riscos, aqueles que necessitam de medidas curativas a fim de preservar e prevenir doenças (PIRES, 2000; BORGES; TRINDADE, 2021).

As atividades na área da saúde possuem características próprias e bem diferentes das características industriais, como a base dos insumos e dos processos de trabalho da saúde por exemplo, são dinâmicos e ainda permitem uma troca, muitas vezes interpessoal, entre o usuário que fornece dados subjetivos ao prestador do serviço (ativa coparticipação no processo), o que não acontece na indústria (SOUZA, 2011).

Vale ressaltar que o objetivo final dos profissionais de saúde é a segurança do paciente e/ou usuário do serviço, um ser complexo e com características peculiares. Entretanto, é importante para o profissional de saúde ter conhecimento de que esse indivíduo, deparado frente aos profissionais de saúde desconhecidos e alheios a sua vida e rotina habitual, exprimem sentimentos de vulnerabilidade, aflição, medos, dores e ansiedade. Bem como apresenta pouca capacidade de compreender determinados processos para seu tratamento e ainda tendem a tomar decisões incisivas quanto ao tratamento. Contudo, os clientes/pacientes se deparam com um ponto muito crucial, a falta de autonomia com seus cuidados (perda da identidade) e a limitação da sua liberdade (BAPTISTA *et al.*, 2018).

Ao contrário de outras atividades em que o homem pode trabalhar, a área da saúde guarda um largo campo de especificidades diferenciadas, como o manejo da dor e do sofrimento, e sentimentos dinâmicos ligados à vida, à esperança e à morte. Todavia, o profissional de saúde se vê em atividades que fogem da simples repetição de procedimentos, pois é sempre chamado ao encontro com o paciente portador de singularidade e valor, assim, modificando o seu processo de trabalho (FONSECA, 2014).

Diante da complexidade em se trabalhar no setor da saúde, observa-se ainda que as instituições de saúde são geradoras de sofrimento ao profissional ali inserido. O sofrimento psicossocial se apresenta diante da constante necessidade de inovação frente a diminuição de recursos materiais e humanos por exemplo, a fim de prestar um bom atendimento ao cliente, a dificuldade de autonomia em desempenhar suas funções, precárias oportunidades de crescimento profissional, clima institucional instável e as várias faces da violência (MENDES, 2014).

Como aborda Patrício et al., (2019) durante a observação dos técnicos de enfermagem frente a singularidade de cada paciente. Os técnicos perceberam que a equipe de saúde se programa diferentemente, de paciente para paciente, para atender todas as demandas, por exemplo. Sendo assim, trabalhar em conjunto, torna-se uma boa opção para diminuir o sofrimento da equipe, diminuir o tempo gasto para o cuidado e também minimizar o sofrimento ao paciente que já se encontra sensibilizado pela condição atual.

No advento do capitalismo, verificou-se o aumento dos custos, a institucionalização das práticas de saúde e a perda do controle dos meios de trabalho pelos profissionais. Com a implementação de novas tecnologias no setor da saúde, não se observou a substituição de trabalhadores pelas máquinas como ocorreu em outros setores, mas ocorreram mudanças no arranjo tecnológico para as práticas em saúde (FEUERWERKER; CECÍLIO, 2007).

Contudo, trabalhar no setor de saúde tem sido retratado por uma desvalorização devido ao processo de desregulamentação do trabalho, evidenciada por complicações, como: a falta de estrutura no planejamento dos serviços, a falta de continuidade dos programas que prestam assistência à população, a alta demanda da jornada de trabalho, a necessidade de se estabelecerem múltiplos vínculos, baixo retorno financeiro, a grande rotatividade e/ou falta de pessoal qualificado e, por fim, as precárias condições de trabalho que prejudicam as ações qualificadas e põem em risco a vida dos usuários (SOUZA, 2011).

A atenção em saúde está sempre voltada para as intersubjetividades entre os profissionais, os usuários e a utilização das tecnologias que podem ser classificadas em: tecnologias duras, que são os equipamentos e os medicamentos: as tecnologias leveduras relacionadas a saberes científicos e à epidemiológica: as tecnologias leves às quais está relacionada na produção de cuidados como escuta, empatia, responsabilização, singularização e outros (FEUERWERKER; CECÍLIO, 2007).

Considerando que, para garantir uma boa gestão pública, indicadores e metas são itens obrigatórios para garantir o acesso à equidade das políticas públicas, essa forma de mensuração

de dados não dá espaço à visibilidade dos trabalhos dos profissionais da saúde. Todavia, boa parte dos trabalhadores em saúde estão atuando diretamente nos cuidados com pacientes, que por sua vez, mostra-se características visíveis e palpáveis na assistência, entretanto grande maioria das vezes, tal atividade apresenta-se características assistenciais invisíveis e não palpáveis para as formas de gestão e assim, não sendo possível a mensuração (FONSECA; SÁ, 2015).

Trabalhar em saúde também leva à exposição a riscos ocupacionais como físicos, químicos e biológicos. Outros problemas em atuar na área da saúde dizem respeito a passar, em certos momentos, por longas e exaustivas jornadas de trabalho, plantões ininterruptos e ainda encarar a sobrecarga de tarefas o que levam à dor musculoesquelético e ao sofrimento. Essas pontuações trazem prejuízos à saúde dos profissionais e os deixam mais propensos a doenças ocupacionais (FREITAS, 2007).

2.5 COMPLEXIDADE DO/NO SETOR HOSPITALAR

O hospital é uma organização complexa constituída de interesses que ocupam um setor crítico na prestação de serviços em saúde. Também é lugar de realização e construção profissional, criação de identidades e de grande reconhecimento social. Local também constituído de várias equipes multidisciplinares em saúde que proporcionam pequenas prestações de cuidados ao usuário, o que resulta no processo final, explícita ou implicitamente o bem comum, a assistência ao paciente. Dessa forma, o hospital se faz de um local onde o gerenciamento de vários profissionais torna-se um desafio para o gestor (FEUERWERKER; CECÍLIO, 2007).

Diante dessa complexidade, o Ministério da Saúde instituiu diretrizes necessárias para atender a população no ambiente hospitalar por meio da Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013, Programa Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), segundo a qual explica:

Os hospitais são instituições complexas, com densidade tecnológica específica, de caráter multiprofissional e interdisciplinar, responsável pela assistência aos usuários com condições agudas ou crônicas, que apresentem potencial de instabilidade e de complicações de seu estado de saúde, exigindo-se assistência contínua em regime de internação e ações que abrangem a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação (BRASIL, 2013, p. 3).

O hospital é um estabelecimento de saúde apropriado para servir como meio de internação, meio de diagnósticos e terapêuticos a fim de garantir uma boa prestação de serviços

médicos de maneira curativa e de reabilitação, podendo, ainda, compor-se de atividades de prevenção, atendimento ambulatorial, de urgência/emergência, bem como de ensino/pesquisa (BRASIL, 2013).

Como setor de serviços, o hospital é uma unidade de produção de cuidados médicos, reunindo equipes profissionais de diversas formações e um grau de socialização profissional diferenciada e, por essa diversidade, ocupa diferentes posições hierárquicas. Além disso, tais profissionais da saúde possuem também maneiras únicas de compreender o processo saúde-doença, assim, os cuidados prestados aos pacientes seguem a linha tradicional do desenvolvimento de técnicas e aquisição científica no controle das doenças até o limite da cura (GUEDES; CASTRO, 2009).

No ambiente hospitalar, as atividades de trabalho são submetidas às condições temporais por causa do caráter dinâmico do próprio objeto de trabalho (vida, doença e morte) e, ainda, à diversidade de pacientes a quem cada profissional presta atendimento e às várias intervenções necessárias para cada um deles (MENDES, 2014).

Trabalhar em saúde é se atentar a “*arte do incerto e a ciência da probabilidade*”, como qualquer outra atividade humana, atuar no campo da saúde humana é defrontar com alguns fatores, como por exemplo: fatores da dificuldade da própria atividade (morte, complicações e agravamentos do quadro clínico do seu paciente), fatores relacionados com o ambiente que o trabalhador está inserido, fator performance que é cada vez cobrado ao profissional de saúde e por fim, o fator aleatório na qual o trabalhador de saúde está sujeito diariamente (SOUSA; MENDES, 2019).

Outro ponto pertinente a ser abordado e pouco visto pelos seus consumidores, é sobre as pressões que os hospitais sofrem com os altos custos do cuidado, a inclusão de tecnologias para a busca de diagnósticos e tratamentos, acordos trabalhistas devido o aumento da carga de trabalho e o envelhecimento da população com várias doenças crônicas. Dentro desse contexto, surgem novas preocupações voltadas para a qualidade do atendimento ao paciente, o desempenho dos processos implantados e a minimização de problemas relacionados à assistência em saúde (MARTINS, 2019).

De certo, os hospitais, indiferentes do seu grau de complexidade (o que o torna mais vulnerável às falhas), têm características semelhantes. Por mais que realizem procedimentos de alta complexidade para com seu paciente, com a interdependência dos departamentos e dos profissionais, o risco de errar é uma realidade constante, o que torna o ambiente hospitalar distinto de outras organizações. Tão curioso que, mesmo os gestores das unidades hospitalares

tomarem todos os cuidados para diminuir os riscos e garantir a segurança do paciente (protocolos, pesquisas, diretrizes clínicas etc) ainda sim, eles existem (SOUSA; MENDES, 2019).

É neste ambiente que fica evidente os diversos modelos de assistência centrados no paciente que garante a singularidade, a equidade, a integralidade e acesso universal à saúde bem como a criação de práticas inovadoras para o envolvimento dos usuários no processo de educação, prevenção, recuperação e cura no dinâmico curso do processo saúde-doença (GUEDES; CASTRO, 2009).

2.5.1 Centro Cirúrgico e o cotidiano da assistência

O Centro Cirúrgico se situa dentro de uma estrutura hospitalar, um macrossistema com características complexas no contexto saúde e com finalidades educativas, terapêuticas, reabilitadoras e curativas à população e tem como principais finalidades devolver aos pacientes condições necessárias para sua reabilitação na sociedade por meio de procedimentos cirúrgicos de alta tecnologia, servir de campos para estudos acadêmicos, estágios para formação, desenvolvimento e treinamento de pessoas e, por fim, servir para o desenvolvimento de tecnologias e projetos de pesquisa para o aprimoramento da ciência e novas técnicas cirúrgicas assépticas (MARTINS, 2013).

O CC é um setor considerado fechado, pois se constitui de barreira física contra contaminações provenientes de pessoas que se movimentam em outros setores do hospital e da rua, como também, preza pela invisibilidade do corpo descoberto em outros setores. Dessa forma, a inacessibilidade é uma questão primordial para a promoção de cuidados com o paciente, como, por exemplo, infecção hospitalar e infecção de sítio cirúrgico devido à exposição do corpo de acordo com cada ato cirúrgico. Outras características do setor referem-se à clausura dos profissionais ali inseridos frente à alta demanda burocrática, a estreita relação interprofissional e a preocupação constante com o processo anestésico cirúrgico (REUS; TITTONI, 2012).

Para garantir que a principal meta seja cumprida (a promoção de um ambiente terapêutico ideal para o paciente), é necessário contar com recursos materiais e humanos para reduzir ocorrências de riscos evitáveis. Para atuar de maneira eficiente e eficaz, é fundamental a composição de enfermeiros, técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, serviço de limpeza e

equipe médica a fim de evitar danos à integridade física e psicossocial do paciente (CARVALHO; MORAES, 2016).

A vigilância do corpo é um dos elementos marcantes do CC, é por meio da hierarquização profissional que garante que o corpo seja monitorizado, manipulado, preparado e visualizado por todos as especialidades de saúde ali inseridos. Corpo não somente do paciente, mas de todos os profissionais envolvidos no processo anestésico-cirúrgico do paciente são vigiados, a fim de garantir assistência, corrigir atitudes e intenções (REUS; TITTONI, 2012).

No que tange à parte estrutural do CC, a resolução RDC nº 50/2002 propõe as normas físicas e específicas a fim de bloquear infecções de outros setores do hospital e garantir a seguridade cirúrgica do paciente. Ainda, o setor é considerado um setor fechado, em que os profissionais não têm conhecimento do que ocorre externamente ao hospital durante sua jornada de trabalho e há pouco convívio com outros setores do hospital (BRASIL, 2002).

Contudo, na atividade hospitalar, independentemente do seu grau de organização e sua especialidade de atendimento, sua atenção é sempre voltada a uma assistência centrada no paciente, na sua complexidade e singularidade e, dentro desse contexto, o atendimento pelos profissionais torna-se íntegro, universal, equitativo aos que ali necessitam de cuidados. Dessa forma, a atividade dos profissionais que estão ali inseridos faz abrir espaço para a realização profissional, aprimoramento quanto ao sentimento de utilidade à coletividade, além de ser campo para fazer aflorar a criatividade na assistência (GUEDES; CASTRO, 2009).

2.6 A ATIVIDADE DE ENFERMAGEM

A enfermagem como disciplina, tem o processo de trabalho formado por uma divisão técnica e se baseia, segundo Silva, Maria (2018) em primeiro lugar, na assistência e no cuidado ao paciente - essa prática pode ser feita por um enfermeiro, por um técnico de enfermagem, por um auxiliar de enfermagem e por uma parteira.

Já o gerenciamento de enfermagem, a autora Silva, Maria (2018) complementa que o principal agente é o enfermeiro, que domina os métodos empregados no planejamento, na tomada de decisões e supervisiona sua equipe técnica e a auditoria; um terceiro aspecto relativo ao trabalho na enfermagem, diz respeito ao poder fazer educação em saúde e ensinar (formação) as pessoas que querem se tornar profissionais de enfermagem ou aprimorarem seus conhecimentos na área acadêmica. A ação em pesquisa ocupa a quarta colocação em que o enfermeiro pode assumir exclusivamente, pois é apenas esse profissional que tem formação em

Metodologia de Pesquisa Científica. Por fim, a enfermagem pode atuar na participação política e ajudar na promoção da força de trabalho e representatividade da sua classe.

É uma profissão que possui inúmeras dimensões na área da saúde, como na assistência direta ao paciente enfermo, quanto na prevenção de doenças no campo da saúde pública, na promoção e educação em saúde e no campo sociológica que está presente em todas as esferas do ser humano (do nascer até o morrer) essencial para a profissão (SILVA; MACHADO, 2020).

Essa profissão é constituída por um quantitativo de mais de 2 milhões de profissionais presentes em cada canto do nosso país, atuando na organização, gerenciamento, assistência em ambientes hospitalares particulares ou públicos, em Unidades Básicas de Saúde (USB), Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), nas Estratégias de Saúde da Família (ESF) e outros locais (SILVA; MACHADO, 2020).

Em qualquer estabelecimento de saúde, o trabalho de enfermagem tem vínculos intensos com os pacientes que geram grande esforço físico e psíquico a tais profissionais e para se sustentar, utiliza-se da leveza e da sensibilidade necessária na integração de processos demandados pelo cuidado e pelo sujeito adoecido. De certo, trabalhar em saúde e principalmente na área da enfermagem é essencial, invisível, é imaterial e não mensurável por métodos de gestão, bem como é de difícil reconhecimento (FONSECA; SÁ, 2015).

Dessa forma, torna-se necessário pontuar e buscar entender também que todo processo de trabalho da enfermagem, em qualquer setor de atuação, é regido por normas e protocolos a fim de reduzir o medo e insegurança dos profissionais em ambientes hostis (CARVALHO; MORAES, 2016).

Todavia, é pertinente fazer uso de si mesmo para lidar com aspectos singulares da situação, é ter autonomia para renormalizar, o que implica reconhecer e superar as variabilidades existentes. Uma dramática que os profissionais se enquadram, por um lado as normas gestoras, as prescrições e do outro, a necessidade de utilizar seus conhecimentos e experiências para tentar realizar o trabalho com sucesso (PINNO; CAMPONOGARA; BECK, 2019).

Infelizmente, a profissão com maior contingente de trabalhadores do país, parece ser invisível aos olhos dos nossos políticos, empresários, às vezes, pela população e também por eles mesmos por manterem uma postura de baixa autoestima e não perceberem a importância das suas atividades para a saúde pública. Essa desvalorização profissional acarreta prejuízos à

assistência, porém, reivindicações trabalhistas por melhores condições de trabalho, por sua vez, não conseguem aprovações para valorizar à classe (SILVA; MACHADO, 2020).

2.6.1 Enfermagem no gerenciamento do Centro Cirúrgico

A atuação da enfermagem em ambientes hospitalares condiz com cuidados assistenciais e processos gerenciais que promovem ações que se relacionam com as finalidades da instituição de saúde e também, zelar pelo cuidado ao paciente, que depende totalmente da eficiência, eficácia e interação destes profissionais de saúde (PAULA et al., 2010).

Todavia, alguns fatores interferem diretamente nas condições de trabalho do enfermeiro como, rápido desenvolvimento das tecnologias na área da saúde; os diversos procedimentos a serem realizados; exigências para o conhecimento teórico e prático na área de atuação; os níveis hierárquicos, as dificuldade de circulação de informação; o clima de trabalho, muitas vezes negativo; falta de clareza das tarefas a serem executadas; o ritmo de trabalho; estresse; a dor e a morte como elementos que potencializam a carga de trabalho ocasionando riscos à saúde física e mental dos profissionais (PAULA et al., 2010)

Atualmente no Brasil, o perfil do enfermeiro é baseado em competências e habilidades regulamentadas nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) que inclui o gerenciamento da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e da informação, ser portador de empatia, habilidade na tomada de decisão e gerenciamento de forma efetiva e eficaz (BRASIL, 2001).

Em função das características apresentadas, o profissional com título de bacharel em enfermagem que atua no CC desenvolve uma série de estratégias para superar as dificuldades próprias do setor e também aquelas oriundas do processo de internação do paciente, da boa interação com outros setores da instituição de saúde e com suas equipes. Não menos importante é saber lidar com os pacientes que procuram o serviço e ainda saber lidar consigo mesmo. Assim, o cuidado de enfermagem, antes descrito como uma obrigação, também se torna fonte de inspiração para o enfermeiro-paciente (SANTOS; SILVA; GOMES, 2014).

Pode-se ainda complementar que, por meio do intenso trabalho entre o relacionamento paciente/família e ainda com a equipe de enfermagem, o CC deve também lidar com outros aspectos como o dimensionamento da equipe de enfermagem, a organização da unidade de acordo com cada equipe, competência técnica/científica, atuação no gerenciamento de conflitos e recursos materiais (MARTINS, 2013).

Salienta-se ainda que, no campo do desenvolvimento de técnicas, o CC constitui-se cientificamente com procedimentos nas áreas da Administração, da Ética, da Informática e da Robótica para garantir o sucesso e alto desempenho nos processos anestésico-cirúrgicos. Assim, com a evolução das intervenções cirúrgicas, nota-se também o profissional enfermeiro mais articulado para a coordenação de recursos materiais e humanos com as diferentes especialidades cirúrgicas (MARTINS, 2013).

Perante a análise antropológica da ergologia, a enfermagem tende a compreender e a atuar diretamente na atividade (entre normas antecedentes ofertados e seu meio) na tentativa de atualizá-las e personalizá-las conforme suas características pessoais e, assim, negociar “*corpo-si*”, nessa negociação permanente de normas (SCHWARTZ, 2016).

Diante da complexidade das formas de trabalho da enfermagem, o profissional tende a traçar meios de qualificação às competências profissionais. Conceito de competências é o quanto o profissional coloca em ação o que o trabalho exige, o quanto se apresenta como possuidor de conhecimentos frente às normas já estabelecidas e saberes já adquiridos para antecipar um certo número de eventos, de problemas que podem surgir durante a jornada de trabalho, o que se pode chamar de “*agir em competência*”, também é ter sinergia entre os protocolos e seus saberes no trabalho (SCHWARTZ, 2010).

Esse ambiente no qual os enfermeiros estão inseridos exige tomadas de decisões rápidas e difíceis para garantir a segurança do paciente e essa capacidade de tomar uma decisão é predominantemente chamada de discricionariedade. Segundo Mendes (2014), a conduta do enfermeiro é regada por normativas já estabelecidas no ambiente do trabalho (prescrições) e pela própria classe trabalhadora. E, nessa lógica, o autor menciona sobre o profissional que, para garantir um bom funcionamento do trabalho, antecipa ações que julga necessárias para que possa ter certa sobra de tempo, como também, prever algum tipo de disfuncionamento futuro.

2.6.2 O trabalho da Enfermagem no desenvolvimento da sociedade

No quadro profissional, a enfermagem é considerada como profissão essencial no invólucro da saúde no Brasil e no mundo. Sua organização é diferenciada, por abrigar em sua estrutura interna 3 categorias: Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem. Esses atuam em várias dimensões da saúde: na assistência, principalmente na saúde pública, na promoção da saúde e prevenção de agravos e, ainda, se fazem atuantes nas fases da vida: do nascer ao morrer (SILVA; MACHADO, 2020).

A prática de enfermagem sempre está vinculada às funções sociais entre a saúde e o bem-estar dos indivíduos. Como prática social, a enfermagem está inserida no meio do trabalho e da atenção à saúde e, dessa forma, sofre influências históricas, sociais, econômicas e políticas. Considera-se como uma atividade que atende às necessidades do ser humano no que tange ao processo de saúde e doença (MARTINS, 2013).

Tal categoria de profissionais tem competências baseadas em evidências, com uma postura crítica. É o profissional que dispõe de elementos para construir uma enfermagem como ciência, bem como construir capacidade de detectar e prevenir precocemente situações que podem levar a riscos, que a todo o momento, estão visíveis na prestação de serviços ao paciente (SANTOS; SILVA; GOMES, 2014).

Essas competências profissionais necessitam ir mais além da prática do cuidado direto ao paciente, como também podem colaborar com atividades gerenciais ou administrativas. Assim, o enfermeiro como gestor é possuidor de ferramentas capazes de facilitar resultados na assistência, de guiar e motivar sua equipe e sempre estimular a busca por novos conhecimentos no atendimento ao cliente (LORENZETTI *et al.*, 2014).

O ato de gerenciar está pautado nas dimensões assistenciais e ao mesmo tempo a equipe de enfermagem atua para atender aos interesses da instituição e no final, obter um resultado em comum, o cuidado aos usuários. Na conjuntura dos processos, muitas vezes de alta complexidade e estressantes em que o enfermeiro está inserido, esse deve estar e pensar à frente para evitar riscos, tanto para a equipe quanto para o paciente e, assim, arriscar nas escolhas torna-se frequente em sua jornada de trabalho (MARTINS, 2013).

Oportuno também lançar uma outra questão sobre a enfermagem, as habilidades e saberes que vão além do trabalho ali prescrito, porque, considerando a história da enfermagem e o local dinâmico onde atuam (hospitais, clínicas, postos de saúde etc), fazem uso de habilidades na prestação de cuidados que vai além de técnicas, porém nem sempre são apresentados ao profissional (FONSECA; SÁ, 2018).

A similaridade e peculiaridade de organização do trabalho de enfermagem em diversos setores de atuação, mostra a importância de assegurar a qualidade do cuidado ao paciente. Para tal, aplica em suas atividades, saberes singulares da sua história de vida e valores, para que no fim, transforme o trabalho e se transforme quando faz uso de si para renormalizar as normas antecedentes (PINNO; CAMPONOVARA; BECK, 2019). Infelizmente, nesta invisibilidade do trabalho, os enfermeiros costumam ficar restritos e sendo pouco abordados entre seus pares (FONSECA; SÁ, 2018).

2.6.3 Enfermagem como ser social e prática gerencial

Ao reportarmos aos meados do século XIX, vemos como o corpo humano foi melhor visto pelo Estado Moderno a partir do processo de industrialização e o fortalecimento dos países. Não diferente, a medicina se aproxima dessa nova perspectiva de corpo e introduz a saúde como um valor, riqueza e instaura um certo controle por meio de normatizações dos espaços, dos processos que o envolve, simplesmente útil para a sustentação do capitalismo emergente (BATISTELLA, 2007).

Contudo, esse desenvolvimento em meio a uma economia capitalista, a qual tem uma característica sobre o homem de levá-lo à perda do controle sobre si mesmo (perda da autonomia) na tentativa de se ajustar aos novos interesses da sociedade e a produção de bens (materiais e imateriais) com um consumo quase que instantaneamente, tem mostrado outro resultado de imposição sobre formas de gerar escassez para, assim, estimular a obtenção de dinheiro e/ou obtenção por trabalho (MARX, 1987; DOWBOR, 2020). O corpo, como ser político e social como força estatal e de trabalho, será tomado por meios de produção, sendo o objeto de novas políticas, práticas e normas (BATISTELLA, 2007).

Neste universo, o que antes o corpo do homem operava um conjunto de maquinários, e hoje, por meio do conhecimento, ele programa máquinas para produzir. Conhecimento é imaterial, não estocável, na qual se torna grande eixo transformador da tecnologia, obrigando o capitalismo a se deslocar e transformar, mudando totalmente a sua lógica (DOWBOR, 2020).

Todavia, com a inserção do capitalismo, houve mudanças socioeconômicas e a hegemonia da classe burguesa no gerenciamento do capital e do trabalho. Para a classe de enfermagem, a prática gerencial está atrelada ao propósito pelo Estado e a enfermeira Florence Nightingale, vinda de família rica da Europa, com a educação por sua família investida, instituiu a enfermagem como profissão e legitimando a promoção da formação dos profissionais, a delimitação entre saberes médicos e saberes da enfermagem, materializando as relações de dominação e subordinação promovendo novos valores frente à sociedade (LEMOS, 2004).

Foi caminhando para uma prática mais gerencial e administrativa do processo de trabalho que Florence, na época da guerra da Crimeia em 1854, dividiu as mulheres em duas classes, as *layds* e as *nurses*, sendo a primeira classe voltada para o trabalho mais gerencial e administrativa, com formação mais alta e a segunda para uma atividade mais voltada à assistência aos pacientes e com menores escolaridades (SILVA, Maria, 2018).

Dowbor (2020) pontua essa tal característica de descobrir novos conhecimentos e, assim, limitá-los a uma determinada classe ao invés de gerenciar, de forma gratuita, o acesso a todos a fim de assegurar um valor social mais amplo. Por de fato, o capitalismo mais uma vez demonstra que se restringirmos o acesso ao conhecimento, assim será gerado escassez, o que elevará o valor de troca.

A divisão intelectual do trabalho e principalmente, do trabalho da enfermagem, ocorreu também a fragmentação da disciplina por departamentos e especialização, levando então, a dispersão do conhecimento. Não que a hiperespecialização seja ruim, não podemos negar ou menosprezar, mas foi a partir dela que a ciência moderna promoveu os conhecimentos nas quais nos desfrutamos hoje (POMBO, 2005).

Não diferente de outras ciências, com o tempo a enfermagem foi se desenvolvendo como disciplina e necessitando ampliar suas fronteiras do conhecimento para dar conta da complexidade do seu principal objeto de estudo e trabalho, o corpo humano. Pombo (2020) esclarece que toda disciplina necessita transcender suas fronteiras e ir além de simplesmente criar paralelismo de pontos de vista, mas uma convergência combinada de saberes. Isso significa ser interdisciplinar.

Interdisciplinaridade, um dos grandes eixos da história do conhecimento evoca a “colocação em comum” em lugar da “justaposição dos saberes”, buscando os limites e indo até os limites das disciplinas, os contornos e os recortes múltiplos, num regime de cooperação e diálogo, abertura e fecundação mútua, sem formalismos que neutralizem as significações (MINAYO, 1994, p.50).

É necessário ir além da disciplina para que assim, ela não seja automatizada. Assim é o pensar da ciência, englobar outras disciplinas para formar opinião e planejar cuidados voltados ao paciente. A interdisciplinaridade não é apenas um mero imã de opiniões, mas também uma troca e cooperação de conhecimentos para atender as demandas do seu objeto (MORIN, 2013).

Ao decorrer do tempo, cada disciplina precisa abrir-se para novas concepções, pois não consegue esgotar o problema de análise. Então fica aberta a novas oportunidades e deixa-se contaminar (POMBO, 2020). De fato, foi o que ocorreu com a enfermagem, a partir do momento que viu a necessidade de cruzar conhecimentos de outras disciplinas para dar conta do processo de gerenciamento. Dentre as ciências, optou-se pela cooperação da Administração e sua fragmentação, administração industrial (SILVA, Michelle, 2018).

Contudo, gerenciar não é um todo errado, é necessário organizar, racionalizar a produção e preocupar com a lucratividade são ações completamente necessárias para melhorar

as relações humanas frente à sociedade. No entanto, a sociedade torna-se um campo de batalhas individuais para aquisição de um pequeno espaço e sua manutenção (GAULEJAC, 2007).

Assim também, Silva (2018) pontua que se faz necessário compreender que, não é o trabalho que irá determinar a divisão social do trabalho na enfermagem, mas que o determinam são as classes e as relações sociais inseridas no ambiente vinculado à profissão. No capitalismo, as relações sociais são desenvolvidas no ato de subordinação e poder.

Em decorrência das empresas da área da saúde ou não, Chanlat (1995) afirma que elas aplicam um modo ou método de gestão que visa a um conjunto de práticas administrativas firmadas pelo gestor a fim de atingir os objetivos da empresa ou instituição de saúde. Tais métodos de gestão são influenciados por fatores internos (culturas, histórias, personalidades dos gestores) e externos (contexto político, cultural, social e econômico) simultaneamente.

Tal autor acrescenta ainda que o processo de gestão é possuidor de dois componentes, o prescrito e o real, em que o primeiro é abstrato, formal e estático e, o segundo concreto, real, informal e dinâmico. Por certo, é a partir desses componentes que ocorrerá a tensão ou não, entre os gestores e a saúde e segurança do trabalhador (CHANLAT, 1995).

Ao reportarmos à atividade do enfermeiro, realmente, com as respectivas mudanças dos seus processos de trabalho e correlacionando as teorias da industrialização e modelos hierárquicos de organizar os meios de produção, “*O humano se torna um capital que convém tornar produtivo*” (GAULEJAC, 2007, p.28). Assim, torna-se oportuna a perda de liberdade, o que leva o indivíduo, a um processo de desgaste de valores, oportunidades distorcendo suas reais necessidades (SEN, 2010).

Os profissionais enfermeiros têm a prática gerencial impregnada em sua legislação, apoia-se então na obtenção de resultados a partir da sistematização dos processos ao paciente:

O gerencialismo evoca a ideia de arranjar, instalar e providenciar. A providência consiste em organizar em vista de uma produção coletiva, de uma tarefa a cumprir, de uma obra a realizar [...] ideia de arrumação (GAULEJAC, 2007, p. 47).

O processo de gestão entra nesse meio capitalista como uma tecnologia do poder entre o capital e o trabalho, a qual tende a influenciar o trabalhador a aderir, a pensar e agir como a empresa empregadora, nas suas prioridades e a cumprir as suas exigências a qualquer custo (GAULEJAC, 2007). Ancorando esse pensamento capitalista com a divisão social do trabalho, “*constituem-se em uma equipe de trabalho e todos estão sujeitos às prescrições do capital*” (SILVA, Maria, 2018, p.42).

Essa influência negativa do mundo capitalista, segundo o autor Armatya Sen (2010), repercute em uma privação da liberdade, tornando a liberdade análoga ao desenvolvimento social. A liberdade é um meio principal e facilitador para o desenvolvimento, sendo dividida entre direitos e oportunidades: política, econômica, social (na forma de serviços tanto em saúde quanto na educação), segurança e garantias de transparência. Influenciar pessoas aos desejos da empresa é uma forma de impedir que o indivíduo expresse suas necessidades, valores pessoais e profissionais, rebaixa a eficácia social e compromete o potencial delas de cuidar de si mesmas e de outros.

Gondim (2008) complementa que vê a necessidade de dar reconhecimento ao mundo contemporâneo, na qual o corpo é dono de seu destino, da sua história e da sua identidade, deve ter a liberdade de executar a sua autonomia, saber ponderar nas suas escolhas, nas informações na qual é portador e controlar as situações do seu dia a dia para minimizar os riscos que se apresentam nesta sociedade pré-moderna. Nessa modernidade, os riscos gerados em ambientes criados pelo ser humano a partir da infusão do conhecimento ao meio material, levam a um distanciamento radical espaço-temporal da natureza, o que resulta em um distanciamento global do trabalho.

Saber que o corpo está inteiramente conectado e sempre modificando o espaço e território de sua vida e de seu trabalho, leva a pensar como são complexas essas relações, principalmente se abordarmos os profissionais de saúde na interface das altas tecnologias cuja manipulação que são submetidos diariamente. Para tais profissionais, cabe-lhes reconhecer que esse território onde estão inseridos (com características históricas, culturais, sociais, epidemiológicas e com suas vulnerabilidades) é fundamental para sua organização no trabalho e gestão das relações deste meio e de si mesmo (BATISTELLA, 2007).

Para saber gerenciar os processos assistenciais e institucionais conforme as características citadas acima, a enfermagem se depara com desafios constantemente, pois, para uma sociedade que visa aos interesses do capital, a precarização e a precariedade do trabalho vivido no setor da saúde se fazem presente. Infelizmente é mais uma das características da modernidade tendo como premissa o fato de o Estado não conseguir atender efetivamente às tarefas impostas pelo processo civilizatório e, dessa maneira, torna-se máximo para o capital e mínimo para as necessidades da sociedade trabalhista (SILVA, Michelle, 2018).

Como agente social no setor de serviços, a enfermagem enfrenta diversos desafios durante o gerenciamento da assistência ao paciente, lembrando que o produto final é imaterial (MARTINS, 2013). Usar da criatividade para lidar com o trabalho é fundamental, porém ela

não é remunerada, o que de fato é pago, no mundo economia do conhecimento, é a simples apropriação do resultado final (DOWBOR, 2020).

Vale ressaltar ainda como condicionada está a profissão por influências histórico-sociais que assola o processo de trabalho como prática social, na elaboração de projetos de trabalhos voltados para as reais condições do paciente, do ambiente e da instituição inserida (MARTINS, 2013).

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo qualitativo-descritivo que, por meio da abordagem qualitativa, permitiu observar e analisar as pessoas em seu ambiente natural de trabalho. Observar implicou ao pesquisador peculiaridade em adentrar o mundo a que o pesquisado foi submetido, além de, conversar e ler o que os pesquisados escreveram (POPE; MAYS, 2005).

Tem como característica revelar processos sociais bem utilizados em pesquisas na área da saúde.

A pesquisa qualitativa (...) está relacionada aos significados que as pessoas atribuem às suas experiências do mundo social e a como as pessoas compreendem esse mundo (POPE; MAYS, 2005, p.13).

O verbo mais utilizado na pesquisa qualitativa é o “compreender”, pois o pesquisador conseguiu colocar-se no lugar do outro com a preocupação de atentar-se para a singularidade do indivíduo, sendo sua subjetividade mera manifestação de um viver total, história coletiva do grupo onde está inserido diariamente (MINAYO, 2012).

Quanto ao aspecto descritivo, segundo Gil (2008) esse tipo de pesquisa tende ao estudo de observação, visando à identificação e interpretação das principais características do ambiente estudado e descrição dos principais fatos ou variáveis de um determinado processo entre os pesquisados, sem a interferência do pesquisador com a finalidade de observar, anotar, pontuar e analisar os processos.

Para colaborar com a pesquisa, os métodos em ergonomia e ergologia auxiliaram na identificação dos principais fatores técnicos e organizacionais inferentes ao tema proposto, a gestão do trabalho em saúde.

Dessa forma, para esse estudo e diante do método de pesquisa citados, qualitativo-descritivo, foi possível observar a singularidade de um determinado indivíduo no meio social, pois sua subjetividade é a manifestação do seu viver total frente à sociedade. Entretanto, também é importante visualizar que as experiências e vivências das pessoas estão envoltos do coletivo e em uma cultura onde estão inseridas. Esse tipo de estudo possibilita o direcionamento do pesquisador para que faça uma imersão na realidade do público analisado, ou seja, o pesquisador pode permanecer dentro do ambiente natural do seu objeto de estudo (MINAYO, 2012; BRASIL, *et al.*, 2018).

Contudo, sobre o processo metodológico, a Ergonomia permitiu estudar um campo do conhecimento que se propõe em analisar as situações produtivas do ponto de vista do trabalho, buscando identificar critérios para adequá-lo às características psicofisiológicas das populações trabalhadoras.

Todavia, ao analisar o trabalho em si, a abordagem Ergológica apresenta-se como um método complementar e integrativo, que oferece um quadro apropriado para integrar as diversas disciplinas e desenvolver uma abordagem efetivamente transdisciplinar, condição para o alcance da complexidade das questões que envolvem as relações entre o indivíduo, a produção e o trabalho.

Ao propor uma tríade analítica que associa à atividade de trabalho os valores e os saberes, a Ergologia incorpora e aprofunda as contribuições da Ergonomia, tomando-a como uma propedêutica pertinente a uma epistemologia interessada nas vinculações entre as dimensões macro e micro do trabalho humano (ECHTERNACHT, 2008).

Ainda sobre a perspectiva Ergológica foi incorporado no trabalho o ponto de vista da atividade humana às análises sobre o trabalho por meio do acesso aos valores, aos saberes e às competências originados da dinâmica das relações entre o trabalho e os sistemas produtivos.

A tríade saberes-valores-atividade gera consequências para o terreno da produção científica nos diversos campos do saber que estudam o trabalho humano, e especialmente, no campo das relações saúde-trabalho, na medida que exige a construção de dispositivos que fazem emergir a experiência de quem trabalha, enquanto sujeito consciente e ético, não apenas como reprodutor de tarefas, mas como ser pensante e atuante nas situações de trabalho.

3.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O cenário deste estudo foi o Centro Cirúrgico de um hospital no interior de Minas Gerais, com 162 anos de história. A escolha por esse hospital se deve primeiro, pela sua história e desafios econômicos, financeiros e pandêmicos enfrentados desde a inauguração em 1859: segundo, por ser considerado hoje a segunda maior instituição empregadora do município onde está inserido, com o quantitativo de 1200 trabalhadores diretos, que atuam em escalas diferenciadas, cobrindo e garantindo assim atendimento médico nas 24 horas do dia.

E por fim, o terceiro motivo da escolha se deve à grande movimentação de pessoas que buscam atendimento especializado em traumatologia, ginecologia, cardiologia, oncologia, tratamento renal substitutivo e outros, atendendo, assim, a uma microrregião com dezenove municípios, totalizando, aproximadamente 500.000 habitantes. Características fundamentais para a decisão do local pela realização da pesquisa.

A escolha do Centro Cirúrgico como tema de pesquisa, se deu pelo fato desta instituição de saúde atender várias especialidades cirúrgicas no nível ambulatorial, internação e/ou de urgência, que precisam de uma infraestrutura para submeter-se a procedimento diagnóstico-terapêutico. O público atendido varia entre as faixas etárias pediátricas e adultas, exceto o público neonatal, pois o serviço ainda não possui credenciamento.

Por ser um dos setores financeiramente mais importantes da instituição de saúde, o CC conta com recursos humanos com características que se diferenciam de outros setores, a fim de atender à alta quantidade de procedimentos médico-cirúrgicos, aproximadamente 950 cirurgias/mês e possuidor de conhecimento diferenciado a fim de gerenciar a equipe multidisciplinar durante o ato cirúrgico, momento crítico, pois a vida do paciente deve ser preservada.

Outro fator crítico do setor é ser um ambiente altamente estressante aos profissionais ali inseridos, por conviver 12 horas com situações de alto risco ocupacional, o risco de morte dos pacientes sob seus cuidados e a interação interpessoal, por muitas horas, com profissionais de diversas formações acadêmicas e culturais.

Por fim, o enfermeiro deve saber lidar com hipertrofias de normas, com base a processos técnicos já estabelecidos, na tentativa de gerir as imprevisibilidades durante a execução gerencial/operacional de todo o processo de trabalho anestésico-cirúrgico, fazendo-se driblar entre os saberes em aderência e desaderência com a atividade.

Diante das características apresentadas, realizar uma pesquisa em um ambiente de trabalho dessa conjuntura, deixa o presente trabalho mais instigante e relevante. Tal organização de trabalho que se inicia desde a admissão do paciente na recepção do hospital ou na unidade de internação, na tentativa de antecipar ações no transoperatório, impacta na rotina da assistência e mobiliza saberes e (im)possibilitam estratégias individuais e coletivas na gestão da produtividade e qualidade da assistência de saúde e segurança.

3.3 SUJEITOS DO ESTUDO

A população deste estudo foi constituída de enfermeiras (cinco profissionais graduados em enfermagem) e atuantes no CC há pelo menos três meses, compreendida por um Responsável Técnico e quatro enfermeiros assistenciais. Esses profissionais são responsáveis pela assistência e gerenciamento integral ao usuário em busca da garantia de uma melhor assistência e segurança durante processo anestésico-cirúrgico.

Optou-se pelo foco nos trabalhadores de graduação em enfermagem, por ser uma população que cumpre o papel de gerenciamento de processos, por situar em longa jornada de trabalho dentro de um ambiente fechado, denotando-se uma maior exposição a riscos ocupacionais e uma configuração coletiva peculiar necessária para controlar o processo de trabalho naquele contexto.

A Figura 2 descreve o organograma da organização do trabalho da enfermagem correspondente à população estudada no contexto do CC. O instrumentador cirúrgico, segundo a Resolução COFEN nº 214/1998, é uma especialidade para profissionais de nível técnico na área da saúde, não necessariamente necessita ter curso técnico de enfermagem e tem subordinação ao enfermeiro assistencial e ao Responsável Técnico.

3.4 PROCEDIMENTOS

Inicialmente, firmou-se um comum acordo com a direção hospitalar e a Gerência de Enfermagem relativamente às características da pesquisa, bem como o detalhamento quanto à frequência das visitas técnicas e critérios de postura e confidencialidade sobre o que fosse visto no ambiente da pesquisa.

No segundo momento, a pesquisadora reuniu-se com os profissionais do Centro Cirúrgico para a apresentação da pesquisa, seus objetivos e procedimentos de estudos. Cada profissional recebeu o Termo de Consentimento de Livre Esclarecido (TCLE), conforme o anexo I e, também, um código de identificação a que somente os pesquisadores teriam acesso. Assim, deu-se a entrada da pesquisadora no ambiente hospitalar.

Dando prosseguimento, deu-se a compreensão do funcionamento do setor por meio de conversas com os diferentes interlocutores. Após, agendou-se previamente com cada profissional o melhor horário para o procedimento de coleta de dados. As simples coletadas foram realizadas entre os meses de setembro e novembro de 2022.

O critério para a escolha dessa modalidade de observação se deu com base nas hipóteses do trabalho orientado por Guérin et al. (2001). Dessa forma, as hipóteses estabelecidas são: a) o ambiente hospitalar e especificamente o CC por constituir de um tipo de gestão do trabalho no qual os riscos no modo individual e coletivo estão diante da assistência ao paciente. b) a síntese das disfunções no CC (escolha de técnicas, organização e gerenciamento do processo anestésico-cirúrgico) não tem se desdobrado em perdas materiais ou humanos, devido à configuração individual e coletiva, frente aos constrangimentos deparados no cotidiano da assistência.

Na data e horário sugeridos pelo profissional, foi apresentado um pequeno questionário, a ser respondido, com o objetivo de caracterização ocupacional e saúde do trabalhador no ambiente onde está acoplado. Tais foram as questões a serem respondidas: idade, sexo, escolaridade, tempo de serviço, jornada de trabalho, ambiente e condições de trabalho e saúde.

Conhecer a diversidade ou a homogeneidade do setor do CC é visualizar como a empresa funciona, quais são as políticas de contratação e demissão, plano de carreira e formação. Tanto quanto também, a partir do questionário, é possível conhecer a política de organização do trabalho em relação às condições da mesma, assim determinar o centro da ação ergonômica (GUÉRIN, 2001).

Para a auto confrontação das verbalizações e ações coletadas, cada indivíduo foi abordado individualmente, durante a sua atividade, para confrontação da verbalização para explicar os modelos de se operar assumidos (gestos, olhares, valores aplicados e competências assumidas).

Por meio do acompanhamento da rotina, das transcrições, das verbalizações e das confrontações pelos profissionais, esse percurso já finalizado, a pesquisadora visualizou e caracterizou, por meio do estudo descritivo e exploratório, as situações vividas pelos enfermeiros no ambiente natural de trabalho.

3.4.1 Método AET - Análise Ergonômica do Trabalho

A abordagem metodológica utilizada neste estudo foi baseada na Análise Ergonômica do Trabalho – AET (Guérin et al., 2001), composta por três etapas. Como método qualitativo-descritivo, a partir da Ergonomia, possui instrumentos capazes de analisar e informar adequadamente a identificação dos principais fatores técnicos e organizacionais que permitem uma gestão da saúde e segurança no trabalho dentro do contexto produtivo da prestação de serviço (MENDES, 2014). Análise Ergonômica do Trabalho (GUÉRIN, 2005; FALZON, 2006) e Ergológica (SCHWARTZ, 1988).

Diante do contexto apresentado, a escolha pelo setor do Centro Cirúrgico deveu-se ao fato de a jornada de trabalho da enfermagem ser escala de plantão de doze horas e oito horas diárias, os diversos processos gerenciais que os mesmos devem gerir para dar conta da demanda que lhe são apresentadas constantemente e, em certos momentos, duplicam suas jornadas para garantir a prestação de serviços em saúde de qualidade.

Os profissionais, como prestadores de serviços dentro do ambiente hospitalar, têm o seu paciente como produto final (aqueles que procuram o hospital para diagnóstico e/ou tratamento) e o consumo (quando o atendimento médico-hospitalar é, de fato, atendido) atualizados ao mesmo tempo. Desta forma, para garantir o adequado atendimento ao paciente, é necessário que a equipe de enfermagem esteja alinhada com os demais profissionais do setor (equipe da higienização, técnico de enfermagem, instrumentador cirúrgico e outros) e também, com demais setores do hospital.

Então, cabe pontuar que os enfermeiros assistenciais e o Responsável Técnico, além de conhecimento e competência interna do setor devem ter conhecimento dos processos externos

e boa articulação com o coletivo (recepção, gestão de leitos, lavanderia, UTI, unidade de internação, administração, pronto atendimento e outros).

Tendo em vista a complexidade do CC, tornou-se palco de observações sistemáticas da análise da atividade em seu curso real de ação e também palco de verbalizações por meio de entrevistas de autoconfrontação – método AET. Conhecimentos gerados no ambiente de trabalho foram colocados em questão, individualmente ou em grupo.

Sabe-se que a profissão do enfermeiro assistencial no CC é complexa, pois apresenta diversas normas, portarias, resoluções e Protocolos Operacionais Padrão (POP), que muitas vezes, apresentam-se em defasagem e/ou em desaderência com a atividade de trabalho e como há dinamicidade da gestão de pessoas, dentro e fora do setor e da equipe multidisciplinar, os pesquisadores observaram a prescrição geral do enfermeiro.

Mediante o que foi observado, a análise dos resultados se deu pela análise ergonômica do trabalho, por meio da qual foram coletados os principais elementos que condicionam e codificam os modos operatórios e os valores atribuídos. Após essa análise, foi possível traçar conclusões diagnósticas para transformações preventivas das situações, compreensão do trabalho para poder transformá-lo.

Tal material produzido por meio de entrevistas, observações simples de determinadas situações, ajudaram nos questionamentos sobre determinadas ações e comunicações, evidenciando os saberes, os valores investidos no determinado contexto, os constrangimentos diante das (im)possibilidades de cumprir as normas.

3.5 ANÁLISE DE DADOS

Inicialmente, foi realizado a descrição dos casos envolvidos, caracterizando e detalhando os dados obtidos dos procedimentos elencados. Para a análise das entrevistas foi utilizada a análise de conteúdo descrita por Bardin.

Para a melhor análise dos dados em uma pesquisa qualitativa, foi trabalhada a metodologia da análise de conteúdo, que possui como objeto principal a fala dos participantes em seu aspecto individual. Essa procura de compreender os sujeitos e/ou o ambiente em que ele está inserido na tentativa de captar gestos por de trás das palavras durante a tomada de decisão. Logo, nesta técnica, a subjetividade dos sujeitos está presente levando em consideração a individualidade do depoimento de cada um (BARDIN, 1977).

Tradicionalmente, a análise de conteúdo caracteriza-se por uma técnica que visa ir além do senso comum e do subjetivismo de uma interpretação, busca atingir uma análise mais crítica dos textos, biografias, observação ou entrevistas apresentadas. No primeiro momento, atenta-se para as falas, depoimentos e documentos do setor de atuação dos pesquisados para atingir um nível mais avançado na análise de dados (MINAYO, 2014).

Bardin (1977), aponta que, para a análise de conteúdo o importante são as formas e quem produz uma mensagem (o emissor e seu contexto), como também quem a recebe e conseqüentemente, os efeitos que ela vai gerar. Assim, o autor denomina essa relação como “variáveis inferidas” (deduções lógicas).

Quanto à finalidade de pesquisa, a análise de conteúdo colaborou para um trabalho qualitativo para a organização e análise de dados. O estudo qualitativo busca incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes às ações, às relações e às estruturas sociais a fim de transformar a vida humana (BARDIN, 2016).

Para esse tipo de estudo, a pesquisa é compreendida como conjunto de ações racionais e sistemáticas e como característica em procedimentos científicos, apresentam novas descobertas a assuntos investigados em uma determinada área de atuação (SOUSA; SANTOS, 2020). Mostrando-se assim um processo metodológico de investigação, a pesquisa qualitativa permite desvendar processos sociais pouco conhecidos a um determinado grupo de pessoas ou categorias de pessoas e possibilita criar novas abordagens, revisão e criação e novos conceitos durante a investigação (MINAYO; COSTA, 2018).

Para Bardin (2016), a análise de conteúdo possui técnicas cronológicas para nortear a pesquisa: 1) Pré análise: Leitura flutuante, escolha dos documentos, escolha dos objetivos, hipóteses e indicadores. 2) Exploração do material, categorizando e codificando os dados e 3) tratamento dos resultados, das inferências e interpretações.

1- Pré análise: é o momento em que se organizam as ideias iniciais quanto ao referencial teórico a fim de sistematizar e operacionalizar. É o momento em que se criam indicadores para auxiliar em interpretações das informações coletadas, suas etapas de leitura do material selecionado ou das entrevistas transcritas. Essa fase é dada por: a) leitura flutuante, é esse o momento em que o autor tem contato com os textos a fim de conhecê-los; b) a separação dos documentos, definição do *corpus* do estudo, que deve obedecer às regras de exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência; c) construção de objetivos e hipóteses, que se dá a partir da leitura inicial dos dados. Atentar para que tais documentos estejam coerentes com os objetivos da pesquisa. O

corpus é formado por meio da divisão dos textos em unidades e a reunião delas por similitude, estabelecendo-se o delineamento do material. Em seguida, será possível (re)formular os objetivos e hipóteses de pesquisa, bem como elaborar indicadores que fundamentam a conclusão final do projeto.

- 2- **A *exploração do material*** será a partir de uma organização dos documentos do setor que será fundamental para uma adequada compreensão dos processos e suas singularidades. Será traçado um foco a partir da análise detalhada dos documentos, identificação de situações críticas e levantamento das tarefas (como objetivos de produção, metodologias a serem tratadas, normas de qualidade e processos de trabalho).
- 3- **O *tratamento de dados***, inferência e interpretação, momento, em que os dados, categorizados na etapa anterior, passam a ser relevantes, possibilitando inferências e interpretações ou descobertas singulares. A inferência é uma ferramenta de indução (roteiro de entrevistas) para se apurarem as razões (variáveis inferidas) baseadas nas consequências (variáveis de inferência ou indicadores, referências). Logo após, é realizada a interpretação dos dados, procurando-se aquilo que está encoberto, aquilo que não é visível. Caram (2013) relata que não se devem julgar as expressões que são do sujeito, não faz sentido defini-las como certas ou erradas. Assim, será possível comparar a atividade do enfermeiro em plena atividade e analisar conforme elementos as questões colocadas pelo estudo sobre ergologia e ergonomia. Depois, passa-se para a fase de exploração do material em que os pesquisadores deverão atentar para observações e verbalizações dos profissionais de enfermagem durante sua ação no trabalho. A partir dessa observação, podemos partir para a confrontação entre as normas antecedentes e a atividade real do profissional a partir de uma entrevista de autoconfrontação – método AET.

3.6 PRODUÇÃO DOS DADOS

Para o estudo em questão, foi preciso buscar por temas relativos ao contexto hospitalar, ao funcionamento do CC, ao trabalho do enfermeiro nesse setor, bem como conceitos sobre ergologia e a ergonomia em artigos publicados em revistas nacionais e internacionais, resultados de iniciações científicas e um doutorado, dados esses coletados segundo a metodologia acima estabelecida.

No segundo momento, os dados foram conduzidos por um plano de coleta em campo pela própria pesquisadora no hospital estudado. Assim, a pesquisa foi conduzida inicialmente por um mapeamento das demandas dos profissionais e do setor:

- a. Estudo documental dos principais processos de trabalho dentro da instituição e do próprio setor Centro Cirúrgico;
- b. Pesquisa macro institucional com o objetivo de entrevistar gestores e operadores nos níveis locais de análise.

Contudo, para compreender a particularidade do sistema de trabalho com foco no processo produtivo *in loco*, foi possível:

- a. Compreender quais metas/objetivos os profissionais tendem a atingir/alcançar no setor;
- b. Identificar as qualidades técnicas e organizacionais exigidas;
- c. Observar as relações organizacionais do trabalho dentro do atual sistema de gestão.

Após observar as atividades/tarefas desses profissionais no curso de sua ação, foi aplicado um processo de coleta verbal (simultânea ou consecutivas) a partir do modelo de entrevista auto confrontada - método AET. Análise Ergonômica do Trabalho (GUÉRIN, 2005; FALZON, 2006) e Ergológica (SCHWARTZ, 1988).

Assim, o próximo passo foi a confrontação, entre a tarefa (prescrição) e a atividade de trabalho (o real) por meio da Ergonomia (propedêutica) e a ergologia (aprofundamento epistemológico).

Assim a etapa final de Análise dos Resultados, servirá para comparar os dados observáveis durante a atividade de trabalho que poderão ser considerados como elementos de resposta às questões colocadas pela pesquisa, à luz dos conhecimentos da ergonomia e da ergologia. Processos de validação e de restituição dos resultados aos envolvidos.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

Uma pesquisa na qual se abordam questões relacionadas às pessoas e ao seu social, impõe um desafio para o pesquisador, pois o objeto em estudo, muitas vezes se coloca como oculto e foge do olhar da ciência e, para capturar a subjetividade do pesquisado, o pesquisador deverá aproximar-se da realidade do sujeito estudado, uma vez que a produção de conhecimento implica entrelaçar-se nos recursos, saberes e das pessoas (SIQUEIRA, 2015).

Dessa forma, este projeto de pesquisa contou com documentação pertinente, foi apresentada e revisada eticamente ao Sistema Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e a Comissão

Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), pela Plataforma BRASIL, que consiste em um sistema oficial para lançamento de trabalhos científicos sobre o ser humano para análise e monitoramento do Sistema CEP/CONEP (BRASIL, 2012).

Tal sistema concluiu a validação documental desta pesquisa e emitiu seu parecer conforme a Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/12. A participação dos sujeitos nesta pesquisa ocorreu de forma voluntária e com direitos de se retirarem dela a qualquer momento sem danos. Os sujeitos participantes preencheram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) garantido o caráter anônimo das entrevistas e da instituição. Esta pesquisa está inserida na plataforma sob registro CAAE 59075922.1.0000.5094.

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1 CARACTERIZAÇÃO GERAL DO CENTRO CIRÚRGICO: ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO

4.1.1 Estrutura física e trabalhadores do setor

O Centro Cirúrgico do hospital estudado é referência para macrorregião, atendendo procedimentos anestésicos-cirúrgicos eletivos e de urgência e emergência em traumatologia e cirurgia geral. Caracterizado como setor crítico de alta complexidade tecnológica, seu funcionamento é ininterrupto para atender às demandas que podem aparecer nas principais portas de entrada do hospital.

Por movimentar valores financeiros consideráveis, em relação a outras unidades do hospital e por atender em média 950 cirurgias/mês, o setor precisa estar bem localizado e de fácil acesso, assim, a estrutura física encontra-se no corredor principal (primeiro andar da instituição de saúde), facilitando o transporte de pacientes oriundos do Pronto Socorro Municipal, do Pronto Atendimento e da UTI I.

Outra característica interessante a ser considerada, diz respeito ao fato de o CC necessitar manter uma boa relação com outros setores do hospital para garantir o transoperatório seguro ao paciente, como listado na Figura 4.

Figura 4 – Setores que se relacionam com o Centro Cirúrgico na unidade hospitalar

Centro Cirúrgico	Administração Hospitalar	Agência Transfusional
	Faturamento	Hemodiálise
	Setor de compras	OPME
	Farmácia	Serviço de Higienização e Limpeza
	Central de Material Esterilizado	Serviço de imagem
	Unidades de Internação	Autorização
	Unidades de Tratamento Intensivo	Recepção
	Pronto Socorro Municipal	Gestão de leitos
	Pronto Atendimento	Lavanderia
	Setores de manutenção predial e de equipamentos	

Fonte: Elaborada com base nos dados da pesquisa para fins deste estudo.

Em uma área de 645,07m², é configurado por sete salas operatórias, mais uma Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA), expurgo, sala da coordenação de enfermagem, recepção, sala para familiares aguardarem o fim da cirurgia do paciente, sala de equipamentos, vestuário masculino e vestuário feminino, posto de enfermagem, uma farmácia satélite, setor de materiais especiais, arsenal de materiais estéreis, uma sala de pequenos procedimentos e copa.

Possui uma equipe multidisciplinar (assistentes administrativos, equipes de higienização, médicos cirurgiões, médicos anestesistas, técnicos de enfermagem, enfermeiros e instrumentadores cirúrgicos). A distribuição do corpo de profissionais tem a seguinte configuração: 1 enfermeira coordenadora ou RT, 4 enfermeiras assistenciais, 4 enfermeiros atendentes, 21 técnicos de enfermagem, 9 instrumentadores cirúrgicos, 3 auxiliares de higienização, 1 profissional da farmácia, 3 profissionais administrativos, 1 maqueiro e 1 profissional da radiologia quando solicitado.

4.1.2 Rotina e jornada de trabalho das Enfermeiras

A Resolução do COFEN nº 0543/2017, aborda o dimensionamento de profissionais por paciente, a carga horária de trabalho no Centro Cirúrgico e a proporção de profissional/categoria em 24 horas, considera:

1 enfermeiro assistencial para cada 3 salas cirúrgicas (eletivas); Enfermeiro exclusivo nas salas cirúrgicas eletivas e de urgência/emergência de acordo com o grau de complexidade e porte cirúrgico; Relação de 1 profissional técnico/auxiliar de

enfermagem para cada sala como circulante (de acordo com o porte cirúrgico);
Relação de 1 profissional técnico/auxiliar de enfermagem para a instrumentação (de acordo com o porte cirúrgico). (COFEN, 2017, p.7)

O dimensionamento da classe profissional visa atender as 24h por dia através da divisão de horários que considera jornadas de trabalho de 8 horas de 2^a a 6^a feiras (dias úteis) nos horários de 7 horas às 17 horas ou de 9 horas às 19 horas. Jornadas de 12x36 horas são plantões das 7 horas às 19 horas, das 19 horas às 7 horas, plantões de 6h30min às 18h30min e de 18h30min às 06h30min.

Vale ressaltar que, apesar de outras classes de profissionais de enfermagem atuantes no CC como; enfermeiros atendentes, técnicos de enfermagem, instrumentadores cirúrgicos, enfermeiros assistenciais e coordenador, somente o Coordenador ou Responsável Técnico e os Enfermeiros Assistenciais assumem a função de gestão local.

Com jornadas de trabalho de 12x36 horas e/ou de 8 horas diárias, as enfermeiras assistenciais (sujeitos de pesquisa) se ajustam conforme a necessidade do setor. Quando uma profissional precisa se ausentar por motivo de férias, adoecimento, ou pela necessidade de cobrir um profissional ausente de outro setor, ocorre a reformulação da jornada de trabalho, ficando duas enfermeiras no horário administrativo (uma de 7 horas às 17 horas e outra de 9 horas às 19 horas – segunda a sexta feira) e as demais no horário 12x36 horas.

Analisando as atividades da equipe de enfermagem, em nível hierárquico, o trabalho da enfermeira RT consiste no planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem no setor em que se encontra inserido.

ENFERMEIRO COORDENADOR: ATRIBUIÇÕES RELACIONADAS AO FUNCIONAMENTO DO CENTRO CIRÚRGICO: 1- Prever a necessidade de materiais, equipamentos e instrumental cirúrgico e prover o setor de tais elementos. 2- Participar da elaboração de normas, rotinas e procedimentos do setor. 3- Orientar, supervisionar e avaliar o uso adequado de materiais e equipamentos com o objetivo de garantir o uso correto. 4- Colaborar com a comissão de CCIH. 5- Fazer com que as normas de CCIH sejam cumpridas por toda equipe. 6- Quando necessário, solicitar novos equipamentos e/ou instrumental cirúrgico. 7- Controle Administrativo. 8- Elaborar escalas mensais e diárias de atividades dos funcionários. 9- Supervisionar conferência de equipamentos, através de escala previamente elaborada. 10- Prever e Prover recursos humanos, materiais, equipamentos e instrumental cirúrgico em condições adequadas para as cirurgias sejam realizadas. 11- Tomar decisões administrativas e assistenciais com respaldo científico. - **ENFERMEIRO COORDENADOR: ATIVIDADES ADMINISTRATIVAS DE PESSOAL:** 1- Realizar avaliação de desempenho da equipe (conforme normas da instituição). 2- Definir o perfil do profissional do Centro Cirúrgico. 3- Participar do treinamento de novos funcionários. 4- Planejar treinamentos junto com a Educação Continuada. 5- Utilizar a Educação Permanente em Saúde. 6- Proporcionar recursos humanos para realizar a ato anestésico-cirúrgico. 6- Zelar pela qualidade da assistência COFEN, 2020, p. 8).

Além das atividades burocráticas e administrativas, pertinentes a profissão, vale pontuar que a enfermeira RT do hospital estudado atua na coordenação de dois setores, o Centro Cirúrgico e a Central de Material Esterilizado, com a incumbência de traduzir políticas públicas em saúde para seus liderados a fim de garantir o pleno funcionamento das determinações técnicas e políticas de órgãos competentes.

Tendo em vista as distintas normativas e tarefas dos setores, a enfermeira RT concentra suas atividades na resolução de diversos problemas no dia a dia dos setores, na qualidade do processamento de produtos para saúde e procedimentos cirúrgicos realizados.

Já o trabalho das enfermeiras assistenciais consiste em transferir informações e as ordens da RT para seus liderados, como estabelecido no Parecer Técnico nº 027/2020 do COFEN:

ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO ASSISTENCIAL DO CC (PLANTONISTA):
 1- Realizar plano de cuidados e supervisionar a continuidade da assistência. 2- Prever recursos humanos para atendimento em sala operatória (SO). 3- Supervisionar as ações da equipe de enfermagem. 4- Checar a programação cirúrgica. 5- Conferir escala diária de atividades dos funcionários. 6- Orientar montagem e desmontagem de SO. 7- Conferir os materiais implantáveis necessários para as cirurgias (antes do paciente ser encaminhado a SO). 8- Verificar a disponibilidade e o funcionamento do material necessário para cirurgia. 9- Manter ambiente seguro para paciente e profissionais. 10- Realizar visita pré-operatória. Realizar os diagnósticos de enfermagem para o período pré e intraoperatório e implementação dos cuidados. 11- Recepcionar o paciente no CC, conferir prontuários, pulseira de identificação, exames e preencher os impressos relativos à admissão. 12- Realizar inspeção física do paciente (no local específico em cada instituição). 13- Conferir os Diagnósticos de Enfermagem e a implementação dos cuidados. 14- Conduzir o paciente até a SO. 15- Auxiliar na transferência do paciente da maca para a mesa cirúrgica. 16- Auxiliar no posicionamento do paciente. 17- Orientar o técnico sobre as anotações de enfermagem em SO. 18- Realizar curativo cirúrgico ou ajudar a equipe na execução. 19- Auxiliar na transferência do paciente da mesa cirúrgica para a maca, verificar cateteres, sondas e drenos. 20- Encaminhar o paciente para RPA. 21- Informar as condições clínicas do paciente ao Enfermeiro da RPA (COFEN, 2020, p. 7).

O trabalho das enfermeiras assistenciais, do diurno e do noturno, é o mesmo. Todavia, as atividades das enfermeiras do diurno têm especificidades que não se aplicam a quem atua no período noturno, assim vice-versa. Primeiramente, há de considerar que, o funcionamento diurno conta com mais cirurgias agendadas do que o período noturno. Desta forma, com o quantitativo maior de cirurgias, a equipe do diurno necessita de um quantitativo de pessoal maior que a equipe do noturno.

Assim considerando, para melhorar a organização do setor e cumprir com a agenda cirúrgica, optam por deixar para o período da noite, algumas atividades administrativas como por exemplo, a auditoria das folhas de sala produzidas pela equipe do dia.

Para Guérin (2001), quando existem operações a serem seguidas, deve haver documentos nos quais essas possam ser visualizadas com facilidade por gestores a fim de facilitar a identificação das exigências do trabalho como planilhas de produção, determinação de tempos, lembretes e prescrições imperativas.

Neste sentido, convém esclarecer que, durante a pesquisa no CC, foram identificados os seguintes documentos desenvolvidos a fim de racionalizar a produção: Registro Cirúrgico, controle diário das cirurgias e indicadores de produção.

Especificamente quanto ao hospital estudado, é praxe que, ao final do expediente, a enfermeira assistencial verifique todos os procedimentos realizados por meio do registro de cirurgia (documento setorial alimentado obrigatoriamente pelos circulantes de sala no final de cada cirurgia). Deve ainda assinalar com um X o uso ou não de Órtese, prótese e material especial (OPME). No caso do uso de OPME deve-se anotar o nome, lote e fabricante. No caso de placa, hastes e parafusos, anotar o lote de esterilização da caixa cirúrgica correspondente. Assinar e carimbar no campo circulante.

É a partir de tal organização setorial que a Responsável Técnica (RT) - conseguirá gerar indicadores confiáveis à administração do hospital e ainda realizar o comparativo das cirurgias agendadas no mapa de cirurgia e as que foram realmente feitas, como mostra a Figura 5.

Figura 5 – Registro Cirúrgico

Paciente: _____		
Cirurgia: _____		Data da cirurgia: ____/____/____
Equipe cirúrgica: _____		
Horário início: ____:____hs	Horário fim: ____:____hs	Circulante: _____
OPME: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Descrição: _____	
01 – Nome: _____	Lote: _____	Fabricante: _____
02 – Nome: _____	Lote: _____	Fabricante: _____
03 – Nome: _____	Lote: _____	Fabricante: _____
04 – Nome: _____	Lote: _____	Fabricante: _____
05 – Nome: _____	Lote: _____	Fabricante: _____
Horário da alta do CC: ____:____hs		Enfermagem responsável pela alta: _____

Fonte: Documento cedido pelo Centro Cirúrgico estudado (2023)

Durante a jornada de trabalho, as enfermeiras assistenciais, tanto as do noturno quanto as do diurno, formalizam todas as cirurgias em um documento, organizado por elas mesmas, a fim de identificar as cirurgias realizadas ou os motivos dos cancelamentos. Tais informações ajudarão na alimentação de indicadores gerenciais próprios conforme apresentados na Figura 6.

Figura 6 – Controle diário das cirurgias

Data ____/____/____																	
Sala	Paciente	Cirurgião	U/E	Hora da agenda	Horário que solicitou o paciente	Horário de entrada do paciente	Hora Anestésica	Hora do início	Hora do término	Hora da liberação do anestesista	Hora da preparação da sala	Porte P/M/G	TCLE	Lateralidade demarcada S/N/NA	Pré anestésico S/N/NA	ATB anestésico S/N/NA	Check List disponível durante o procedimento

Fonte: Documento cedido pelo Centro Cirúrgico estudado (2023).

Tal documento colabora também para a organização dos recursos materiais e humanos, normatiza processos, analisa o tempo gasto entre uma cirurgia e outra, o horário de entrada do paciente e a hora do término da cirurgia, a hora da solicitação do paciente pela enfermagem do CC a UI e a entrada desse no setor entre outras informações que podem ser retiradas deste documento.

Guérin (2001) pontua que “demanda é toda expressão de um número de objetivos não necessariamente compartilhados por todos os parceiros”. Por conseguinte, a enfermagem tem em sua formação diversos objetivos a serem executados, tanto quanto à assistência direta ao paciente quanto às questões burocráticas a serem trabalhadas.

Neste sentido, foi observado durante a pesquisa *in loco*, que o hospital participa do processo de certificação da qualidade, oportunidade em que ocorrerão novas formações de demandas necessárias e, assim, a instituição tentará se adequar ao novo padrão de qualidade da assistência ao paciente, a profissão se transforma profundamente nas novas situações de trabalho.

Relativamente a tais demandas, Guérin (2001), considera que podem ser elas formuladas de duas formas: a primeira, por uma concepção da atividade dos trabalhadores da empresa e a segunda, é quando já existente a atividade, fazem-se novas demandas a fim de resolver outras questões não pontuadas inicialmente.

Dessa forma, a enfermagem está sempre em desenvolvimento de demandas, por se tratar da interdisciplinaridade que está inclusa. As demandas são, assim, elemento fundamental para organizar processos e gerar indicadores de processos de qualidade assistencial, o que aumenta a atividade burocrática da enfermagem.

Neste ponto de vista, percebe-se que a enfermagem lida tanto com indicadores produzidos por eles mesmos, como por outros setores de gestão e órgãos estaduais e/ou federais de saúde, como evidenciado na Tabela 1.

Tabela 1 - Indicadores alimentados pela Responsável Técnico

Indicadores alimentados pela RT do Centro Cirúrgico	
CENTRO CIRÚRGICO	Taxa de cirurgias canceladas
	Taxa de eventos adversos
	Taxa de infecção de sítio cirúrgico em cirurgias limpas
	Taxa de reabordagem cirúrgica
	Taxa de eventos anestésicos
	Taxa de efetividade do protocolo de cirurgia segura
	Perfil de atendimento por especialidade
	Perfil de atendimento por porte cirúrgico
	Taxa de Turnover
	Taxa de material reesterilizado
CME	Taxa de eventos adversos
	Taxa de acurácia do inventário
	Taxa de Turnover

Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

Para dar continuidade ao trabalho prestado pelas enfermeiras, elas necessitam de um breve encontro (entre as trocas de turno, 07 horas ou às 19 horas) para que informações pertinentes quanto ao quadro de pessoal, as intercorrências cirúrgicas ocorridas durante o turno de trabalho e as formas que as levaram a controlar tais imprevistos são uns dos muitos assuntos e experiências vivenciadas que podem ser partilhados neste encontro.

Além disso, as enfermeiras têm um árduo desafio de mediar conflitos antagônicos (de valores, crenças, formações e metas) e, muitas vezes, inevitáveis envolvendo indivíduos no cotidiano do trabalho. Assim, torna-se oportuno que a enfermeira tenha um bom relacionamento com as equipes, transparência em suas ações, credibilidade entre seus pares para que consiga flexibilização para a busca de soluções.

Transformar conflitos de caráter relacional em situações positivas é uma habilidade que impulsiona os envolvidos a trabalhar harmoniosamente. Fazer esse manejo necessita de

competências técnicas de liderança para que assim, a RT possa garantir o bom funcionamento dos setores.

Negociar e, ao mesmo tempo, ser imparcial, para que possa obter um espaço de trabalho saudável entre equipes com distintas formações, leva as enfermeiras a arbitrarem constantemente com conflitos entre equipe médica e a equipe de enfermagem, momentos intensos entre a própria equipe médica, bem como, a interação-mediação de conflitos entre a própria equipe de enfermagem, como relata a E5.

O complicador principal de gerenciar um setor como este é o gerenciar conflitos interpessoais, demais processos técnicos e administrativo é mais tranquilo (E5).

4.1.3 Rotina para a organização do agendamento cirúrgico

Nesse ambiente apresentado, é pertinente explicar que existem dois tipos de pacientes que precisam da cirurgia e como também é oportuno enfatizar como eles entram no CC. Existem os pacientes eletivos, o que significa que a cirurgia pode ser agendada para uma data específica que melhor atenda ao CC, ao cirurgião e ao paciente sem que haja danos à vida. Já o segundo paciente inclui-se os de urgência/emergência e, como o próprio nome diz, são pacientes que necessitam imediatamente de cirurgia, correndo risco de morte.

Quanto ao caminho que o paciente eletivo percorre até chegar ao CC, é necessário, primeiramente, que o médico solicite o procedimento ao convênio ou emita a AIH/SUS para que sejam autorizados o agendamento do procedimento, os equipamentos, os OPME (Órtese, Prótese, Material Especial) e se há necessidade de UTI e uso de hemoderivados para a cirurgia. Tendo esses itens atendidos, comunica-se com o enfermeiro do CC para a efetivação do agendamento da cirurgia.

Os pacientes com cirurgia programada deverão ser orientados pela equipe cirúrgica quanto à necessidade e obrigatoriedade de consulta pré-anestésica e preenchimento do termo de consentimento livre e esclarecido, termo de autorização de amputação, além da coleta de sangue para tipagem sanguínea com 48 horas de antecedência.

Ressalta-se que o agendamento do paciente é realizado diariamente até as 15 horas do dia anterior à cirurgia. Em caso de necessidade de alteração ou remanejamento de cirurgias, o cirurgião deverá realizar contato com o enfermeiro assistencial do CC para verificação de uma nova disponibilidade.

A antecipação de horário de qualquer tipo de cirurgia, mesmo havendo disponibilidade de sala, só poderá ser efetivada com a autorização da enfermagem e do anestesista de plantão, uma vez que a programação é feita na véspera em consonância com os horários assinalados.

Todos os dias ocorre o bate-mapa às 15 horas e 30 min, que consiste na conferência da agenda cirúrgica na sala da coordenação de enfermagem no Centro Cirúrgico juntamente com um colaborador do OPME, com a coordenadora do gerenciamento de leitos, com o setor de autorização e um colaborador da Agência Transfusional. O setor de autorização confirma a autorização dos procedimentos e dos materiais solicitados. O setor de OPME verifica, na guia de autorização, os materiais especiais de alto custo solicitados pelo médico e a sua disponibilidade no estoque.

O enfermeiro do CC revisa o mapa cirúrgico quanto ao dimensionamento das salas cirúrgicas e equipamentos, recursos humanos, verifica as solicitações de UTI, hemoterapia e exames necessários no intra-operatório. O enfermeiro da CME avalia a quantidade e a especificidade dos instrumentais a serem utilizados em cada cirurgia, a necessidade de reprocessamentos para suprir as cirurgias agendadas e possíveis encaixes de urgência e os materiais especiais entregues para esterilização e os pendentes para chegar, repassando também ao enfermeiro do CC.

Com conhecimento prévio sobre a data, horário e jejum, o paciente comparecerá à recepção do hospital e ocorrerá a sua internação. Logo ele será chamado pela enfermagem a adentrar ao CC para o procedimento. Concluída a cirurgia, o paciente será encaminhado para a SPRA e deverá aguardar a liberação pelo médico anestesista para ser transportado até o leito, brevemente reservado pela gestão de leitos.

Para as cirurgias de urgências/emergências, o paciente do SUS entra pelo Pronto Socorro (PS) ou Pronto Atendimento (saúde suplementar) situados em anexo à instituição estudada, e logo ocorre o acionamento do médico plantonista e a enfermeira do setor do CC para reserva de sala e preparo do material estéril.

No caso do paciente SUS que entra via PS, o SUS-Fácil reservará leito cirúrgico ao paciente após alta do SPRA (sendo enfermagem ou leito de UTI). Os familiares são encaminhados com a documentação do paciente à recepção do hospital para proceder à internação. Pacientes que entram pelo Pronto Atendimento (PA) ou pela recepção principal do hospital, no caso, as gestantes, a gestão de leitos fará reserva do leito.

4.2 PERFIL DOS SUJEITOS DA PESQUISA

O perfil dos profissionais enfermeiros participantes desta pesquisa encontra-se explicado na Tabela 2. Observa-se, primeiramente, que 5 profissionais são do sexo feminino, graduadas em enfermagem entre elas, somente uma tem pós-graduação em urgência e emergência.

Tabela 2 – Perfil Sociodemográfico dos sujeitos estudados

Variantes	n°	
Idade (anos)	20 a 30	0
	31 a 40	4
	41 a 50	1
Sexo	Feminino	5
	Masculino	0
Estado Civil	Solteiro(a)	3
	Casado(a)	1
	Divorciado(a)	1
Filhos	Nenhum	3
	01 filho	2
Escolaridade	Graduação	5
	Pós Graduação	1
Renda Familiar	1 a 2 Salários mínimos	0
	2 a 3 salários mínimos	4
	3 a 5 salários mínimos	1
Renda pessoal	1 a 2 Salários mínimos	2
	2 a 3 salários mínimos	2
	3 a 5 salários mínimos	1
Tempo de trabalho na profissão	1 a 3 anos	3
	3 a 5 anos	0
	6 a 8 anos	1
	7 a 9 anos	0
	10 a 13 anos	1
Tempo de trabalho na instituição	1 a 3 anos	2
	4 a 5 anos	0
	6 a 8 anos	1
	7 a 9 anos	1
	10 a 11 anos	0
	12 a 13 anos	1

Fonte: Elaborada com base nos dados da pesquisa para fins deste estudo (2023).

Visto que a atividade de trabalho da enfermagem ser ancestralmente é majoritariamente composta por mulheres, na gestão do Centro Cirúrgico, especificamente, a classe trabalhadora é exclusivamente delas, o que se pode observar na tabela acima.

Como também, pode ser observado na tabela acima, que o tempo de trabalho na profissão de enfermagem e o tempo de trabalho na instituição de saúde, quase que coincidem entre as enfermeiras estudadas. Desta forma, mostra que o hospital estudado é a única instituição de referência para estas profissionais e que também, oferece oportunidades de crescimento profissional quando correlacionam os mesmos objetivos de produção, as mesmas visões e opiniões.

É indiscutível que o enfermeiro preste assistência indiretamente ao paciente quando faz o gerenciamento e planejamento das atividades relacionadas ao período transoperatório. É fundamental que ele se posicione como líder e provedor de recursos humanos e materiais, como também atue na produção de relatórios e indicadores de qualidade, elaboração de rotinas e normas, supervisão da equipe de enfermagem, elaboração da escala de trabalho e garanta que a unidade esteja em plena organização.

À vista disso, esse profissional assume também a assistência direta aos pacientes, pois alguns procedimentos são de competência exclusivamente do enfermeiro como cateterismo vesical, checagem do funcionamento do desfibrilador, entre outros. Assim considerando, o CC é exclusivamente dependente desse profissional para funcionar.

Em nossa sociedade, o trabalho é considerado elemento necessário à integração social, cultural e subsistência econômica, com importância fundamental na formação da subjetividade, no modo de vida e, portanto, na saúde física e mental das pessoas. As ações implicadas no ato de trabalhar podem atingir o corpo, levando-o a disfunções e lesões biológicas e a reações psíquicas decorrentes de situações de trabalho patogênicas, além de poderem desencadear processos psicopatológicos especificamente relacionados às condições do trabalho desempenhado pelo trabalhador (BRASIL, 2001b).

Não cabe aqui abordarmos em detalhes os pensamentos de Freud sobre sofrimento psíquico no ambiente de trabalho, mas, sim, nos conscientizar de que a atividade do enfermeiro no CC é demasiadamente desgastante em relação ao plano emocional, como pontuado neste estudo. Como ser social, o enfermeiro tem que saber lidar com pessoas e ter ciência de que irá lidar com subjetividades, anseios, aflições e tensões de cada paciente e colaborador.

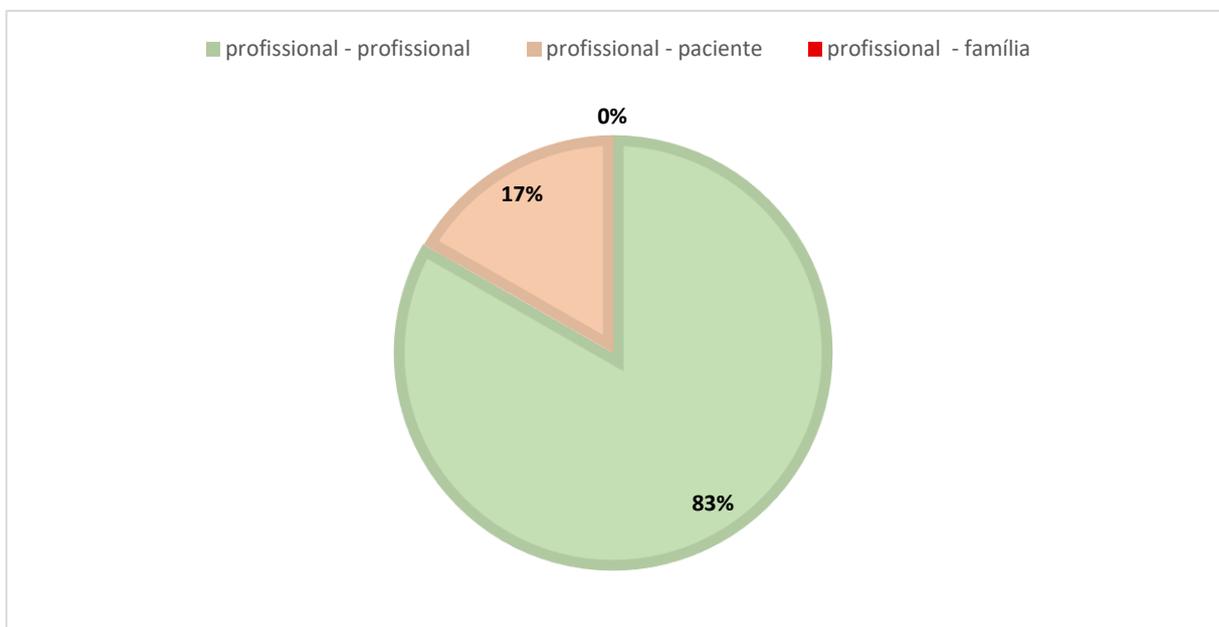
Para Calvo (2020), uma boa solução para tal situação precisa ser tomada pluralmente, de forma democrática por todos os interessados no caso. Manter espaços democráticos no

trabalho é primordial para gerir as possíveis propostas apresentadas, que de forma coletiva, favorecem os movimentos positivos em todas as variáveis do trabalho.

Contemplando a ideia acima, Brasil (2001b) afirma que, dentro de um ambiente de trabalho que impossibilita a comunicação espontânea, as sugestões de melhorias em relação ao processo de trabalho e as manifestações de insatisfações levam a tensões e, por fim, ao sofrimento mental.

Dessa forma, podemos observar no Gráfico 1, o que mais compromete a saúde mental das enfermeiras do CC.

Gráfico 1 - Motivo do Desgaste emocional das enfermeiras do Centro Cirúrgico



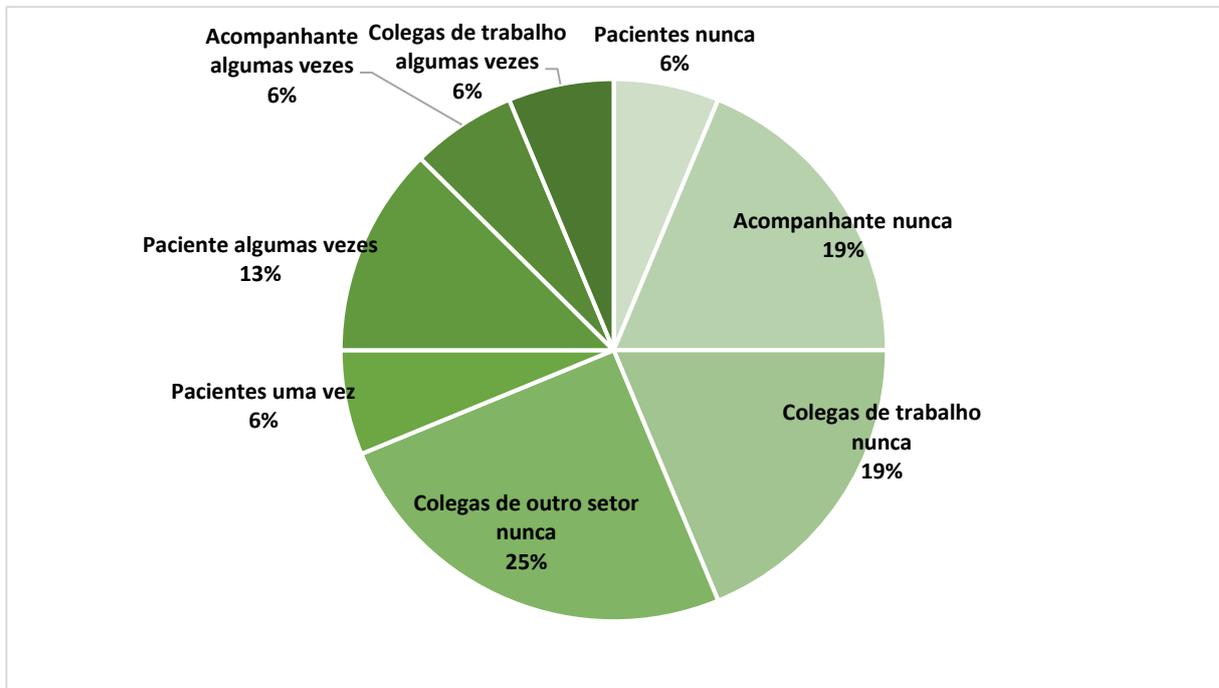
Fonte: Elaborada com base nos dados da pesquisa para fins deste estudo (2023).

Muito se debate, nos dias atuais, sobre o ambiente de trabalho onde o enfermeiro está exposto. Mesmo que diante de divergências de objetivos não só frente às classes de profissionais, mas diferenças de idade, de ideologias, de valores, das variações de emoções dos colegas e de crenças, se equilibrar diante da complexidade do pensar do ser humano, torna-se mais um desafio ainda maior para a enfermeira do CC.

Visto que o trabalhador se entrega por inteiro ao trabalho, os sentimentos ali ocorridos interferem linearmente na atividade do trabalhador e na sua produção. Assim, quando questionado às profissionais sobre agressões, se são ou não, sofridas por ser profissional da

enfermagem, ou mulher e/ ou possuidora da gestão do CC, deu os seguintes números referindo a densidade da agressão: 1-nunca, 2-uma vez, 3-algumas vezes e 4-com frequência. Gráfico 2.

Gráfico 2 - Agressões sofridas pelas enfermeiras durante o trabalho



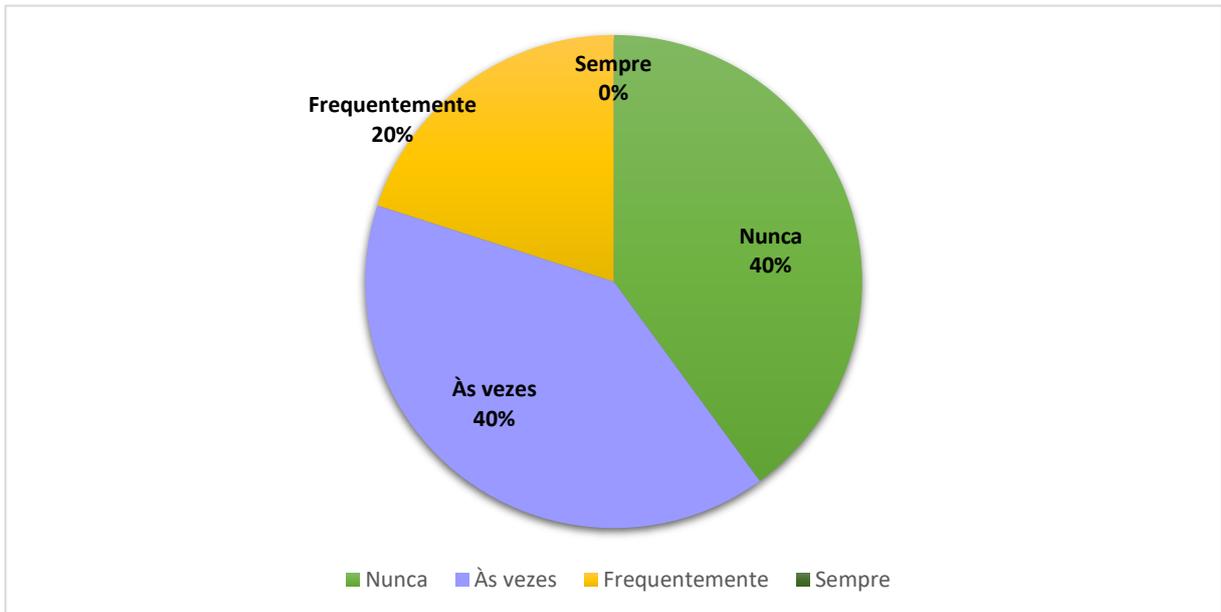
Fonte: Elaborada com base nos dados da pesquisa para fins deste estudo (2023).

Contudo, dentro de um ambiente hospitalar, e mais especificamente no CC, existem conflitos na equipe multidisciplinar, entretanto frente à percepção de superioridade médica aos demais profissionais, pôde-se observar durante a pesquisa, que muitas das vezes, essa comunicação se dá de forma enérgica, na tentativa de adiantar sua cirurgia para ganhar tempo.

Foi observado que os profissionais tentam retraduzir as instruções dos médicos para uma instrução mais realizável, para aquele momento específico, a fim de evitar confrontos e garantir a formalidade da instrução e adaptá-la às exigências da atividade real de trabalho (MENDES; CUNHA, 2018).

Talvez seja difícil afirmar o motivo, mas diante das respostas das enfermeiras diante do questionário apresentado, sobre de que forma o ambiente de trabalho torna-se ameaçador, o tema violência obteve observações diferentes entre as enfermeiras. Sabemos que existem diversas formas de violência (moral, física, emocional, financeiro etc), mas deixamos livre a resposta para as entrevistadas. Assim, foi observado que 40 % das respostas mediaram entre às vezes sofrerem violência e outras pontuaram que nunca sofreram, como mostra o Gráfico 3.

Gráfico 3 – Violência sofridas pelas enfermeiras no ambiente de trabalho



Fonte: Elaborada com base nos dados da pesquisa para fins deste estudo (2023).

Outros componentes negativos no ambiente do CC são relacionados a conflitos entre as equipes, a sobrecarga de trabalho, falta de autonomia, a insegurança na execução da atividade, os conflitos de autoridade e o vazio de normas.

Brasil (2001b) acrescenta que ambientes com altos ritmos de trabalho e altos níveis de concentração para realização das tarefas, as longas jornadas de trabalho, poucas pausas para descanso e/ou refeições de curta duração, ausência de locais para descanso, submissão do trabalhador e pressão das chefias por mais velocidade e produtividade causam quadros de ansiedade, fadiga e distúrbios do sono.

Para Silva, Michele (2018), tais constrangimentos resultam em comportamentos individuais, extrínseco ou intrínseco, e ainda desenvolvendo transtornos psicológicos por, muitas vezes, se sentirem vulneráveis. Assim, o envolvimento com bebidas alcóolicas, com o tabaco, com drogas ilícitas e/ou com psicofármacos como ponto de fuga ou para dar conta do trabalho, são visualizados.

De fato, neste contexto de vulnerabilidade e a busca por um ponto de fuga e/ou alívio dos sintomas, a E3 relatou que:

Uso ansiolíticos para conseguir lidar com a pressão que vivo no setor, gosto de trabalhar aqui, mas lidar com pessoas (médicos) é complicado, pois não entendem o nosso lado e as dificuldades que temos para organizar as cirurgias. Não consigo vestir uma capa e ficar inerte frente as agressões (E3).

Schwartz e Durrive (2010) pontuam que o sofrimento no trabalho está relacionado com a busca do sujeito pelo equilíbrio aceitável entre o que foi solicitado e o consentido, resultando em um debate de normas permanentes. Ao passar pelo debate de normas, momento este muito delicado e difícil, o profissional tenta encontrar um ponto de equilíbrio entre suas próprias normas e valores com as normas do coletivo e/ou da empresa onde atua. Este caminho cheio de tensão, tende a ir contra a saúde.

Dejours (2004) aponta também que o sofrimento dos trabalhadores, no ambiente do trabalho, não é revelado diretamente. Os profissionais se mantêm defensiva (individuais e coletivamente) e faz com que possa resistir psiquicamente às agressões lhe dirigidas, isso também constituem algumas formas de organização do trabalho.

Um dia, eu trabalhando, naquela rotina de sempre, estava sentindo meu coração bater no pescoço. Fui ver que a minha frequência cardíaca estava a 150. Um médico anestesista prescreveu uma medicação e logo tomei e melhorou e continuei a trabalhar. Desde então faço acompanhamento com cardiologista e a minha frequência cardíaca nunca foi normal (E1).

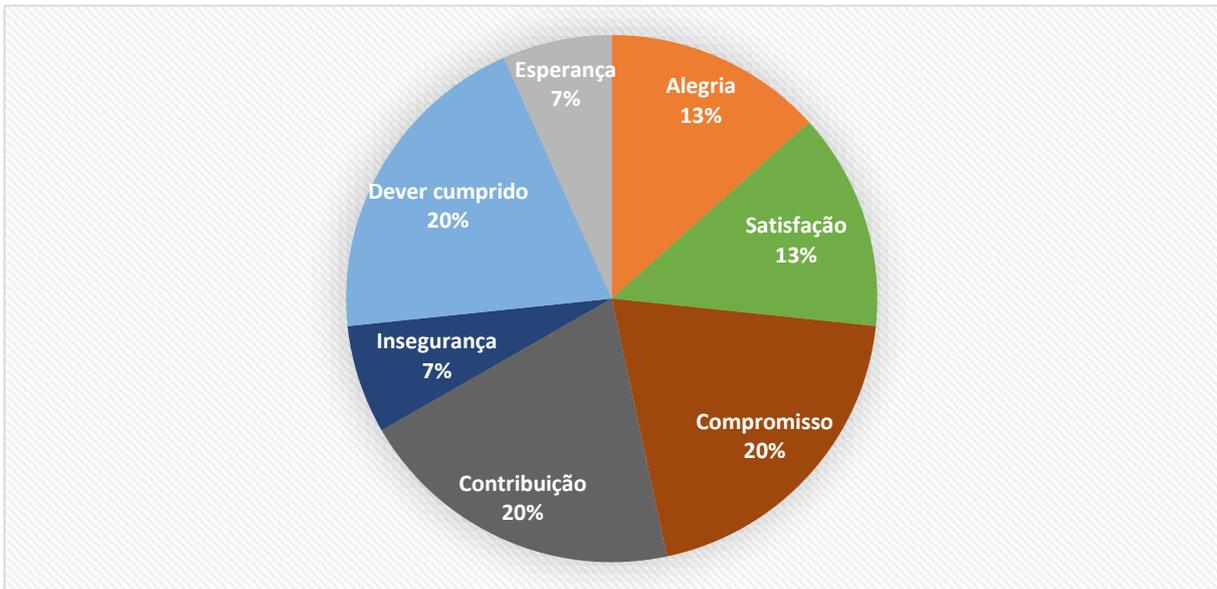
Todo trabalhador tem uma percepção de sua fadiga e da qualidade do seu estado mental, entretanto, tais sintomas físicos se relacionam, em certos momentos, com as características do trabalho que executam. Porém, é comum que certas agressões à saúde do trabalhador, não sejam por eles percebidas ou sejam correlacionadas à "fraqueza" pessoal, sem ao menos perceberem a relação com o próprio trabalho (GUÉRIN, 2001).

No CC, as enfermeiras assistenciais ao serem expostas aos riscos psicossociais, os constrangimentos ali presenciados mostram como a organização do processo de trabalho impacta diretamente na saúde e segurança destas trabalhadoras. Deste modo, não existe necessariamente a materialização dos acidentes, mas existe o adoecimento que se manifesta no presente ou no futuro das enfermeiras que se encontram na jornada diária de trabalho (CALVO, 2020).

Outro ponto observado por meio do questionário sociodemográfico, foi relacionado sobre o assédio sexual. Diante de 80% das respostas, as enfermeiras não consideram ter sofrido, enquanto 20% relataram que sofrem às vezes. Apesar de todo o desafio que passam para cumprir sua rotina diária, as enfermeiras relataram que gostam do que fazem.

O que foi observado quando abordadas sobre o sentimento que têm quando exercem a profissão de enfermagem. Dos sentimentos listados no Gráfico 4, os mais pontuados foram: de dever cumprido, de compromisso e o sentimento de contribuição, todos pontuaram com 20%. Os demais ficaram abaixo dessa porcentagem.

Gráfico 4 – Sensações sobre ser enfermeira



Fonte: Elaborada com base nos dados da pesquisa para fins deste estudo.

4.3 OS RISCOS REAIS VIVIDOS NA ASSISTÊNCIA E AS ESTRATÉGIAS DE CONTROLE: CATEGORIA 1. INTENSIFICAÇÃO E DENSIFICAÇÃO DO TRABALHO

Durante a atividade de campo foram observadas diversas rotinas que as enfermeiras precisam realizar para manter a organização do setor e garantir a segurança das cirurgias do dia. A capacidade do sujeito de se regular frente às demandas do trabalho são determinantes para que o mesmo faça o uso de si mesmo e pelos outros e, assim, a segurança de todos seja estabelecida.

O serviço hospitalar e mais especificamente do Centro Cirúrgico, produz cuidados médicos que reúne profissionais, saberes, tecnologias leves-duras e duras, infraestruturas físicas e políticas específicas para atender o usuário com resolutividade diagnóstica e terapêutica em tempo mínimo necessário e ainda promover a recuperação e a cura dos enfermos (GUEDES; CASTRO, 2009).

Com modelo de atenção centrada no paciente (ou usuário), significa que o hospital tem a responsabilidade no cuidado integral, o que o diferencia de outras empresas fora da área da saúde. Não basta ter apenas conhecimento técnico-científico para com o paciente, mas também tem que ser provedor de um serviço acolhedor, gerador de vínculos entre os profissionais e sujeitos atendidos e ainda, proporcionar autonomia aos profissionais envolvidos na ação de cuidar (GUEDES; CASTRO, 2009).

Como o CC é composto por uma equipe multidisciplinar e, cada uma delas possui uma hierarquia a ser respeitada (Coordenador médico do CC, Coordenadora de Enfermagem, Chefe da anestesia etc). Entretanto, é fundamental estabelecer uma relação de confiança, comprometimento e ter os mesmos interesses na obtenção de resultados, durante a jornada do trabalho. Sem essa relação mútua de confiança e cooperação não seria possível manter a organização e sucesso do trabalho, que são só constituídas por meio do respeito e consideração (CALVO, 2020).

Diante das singularidades e necessidades de cada indivíduo, o hospital necessitou remodelar as chefias de enfermagem. Assim, no início da pesquisa, a RT do CC foi convidada a ocupar a Gerência de Enfermagem e a enfermeira assistencial E5, com larga experiência com a parte técnica do CC, com o saber viver em coletivo e conhecimento da rotina do CC, foi convidada a ocupar o cargo de RT do CC durante esse período. Entretanto, vale pontuar neste estudo, que a pesquisadora não acompanhou as atividades da primeira RT citada.

Diante de tal mudança, associado ao assunto tratado nesta dissertação, possivelmente ocorreria disfuncionamentos na gestão do CC e do CME, devido a não familiarização da atividade de gestão pela nova RT, pois tal enfermeira que tinha competências técnicas e da rotina do CC, assumiria os encargos de gerenciar um setor complexo e peculiar.

Entretanto, foi observado um cenário completamente contrário ao esperado, a enfermeira mostrou-se eficiente na gestão das variabilidades, dos conflitos interpessoais e na parte administrativa. Enfim, mostrou que a gestão juntamente com conhecimento prévio dos processos mais importantes do CC, não levou a disfuncionamentos graves.

Certamente existe um só agir, uma só instância ou corpo-si, que se engaja no mundo para fazer algo, graças a diferentes aportes. O primeiro ingrediente nos remete ao epistêmico: é o relativo domínio que uma pessoa pode ter dos saberes do *métier* ou da organização, dados numéricos, protocolos diversos etc. relacionados à tarefa a cumprir. O segundo ingrediente corresponde à preocupação ergológica: é o relativo domínio que essa mesma pessoa tem para enfrentar o meio no qual ela se encontra, submetida a incessantes transformações, por uma parte não antecipáveis, um meio inscrito numa história local, com as heranças locais mais ou menos explícitas. O terceiro ingrediente da competência é crucial, porque se trata da relação entre os dois precedentes: a inteligência da ação aqui e agora (DURRIVE, p.60, 2011).

Durante o período de observação, percebeu-se que as enfermeiras utilizam não somente de ações baseadas em estudos científicos, mas sim, o senso crítico particular entre o certo e/ou errado de acordo com as peculiaridades de cada indivíduo e com as situações de trabalho.

Toda situação de trabalho é, em parte, singular, porque viver é sempre o aqui e o agora, portanto, gestos e olhares se fazem presentes no ambiente de trabalho das enfermeiras. De certo,

esse universo marcado por tendências estruturalistas, as pequenas interfaces entre a ergonomia e as ciências da linguagem se fazem presentes, pois a atividade humana de trabalho é estar sempre renegociando as normas a partir do expressar as experiências de vida do trabalhador aos outros.

Existe uma ligação entre a linguagem e a atividade de trabalho para obter um objetivo comum, a antecipação de processos. Como essa dupla antecipação, a linguagem vem com a parte normalizada e cheia de conceitos e a atividade que é totalmente mergulhada na história. Mediante ao exposto, é permanente esta dupla ação, a atividade em curso com suas variabilidades, tende a antecipar o processo necessários e assim, somente depois vem a linguagem (SCHWARTZ; DURRIVE, 2009).

A dimensão temporal é associada às urgências e emergências decorrentes da imprevisibilidade dos eventos. As antecipações são necessárias para se ter uma certa "sobra" de tempo já se vislumbrando disfuncionamentos futuros (MENDES; CUNHA, p.30, 2017).

Autonomia é um ponto forte para obter resultados do uso de si, inclusive leva a aflorar a atividade nas tomadas de decisões importantes e no correr riscos. Em vista disso, existe um conjunto de valores necessários, devido à ausência de normas, que naquele momento, são compartilhados que ajudarão a influenciar a qualidade da assistência e os riscos para com o paciente, ou outros pacientes, ou mesmo para os trabalhadores do setor (MENDES, 2014).

Para administrar as dificuldades no trabalho, a enfermagem precisa saber como proporcionar harmonia, equilíbrio e o respeito por toda equipe multidisciplinar do CC. Saber colocar suas regras e/ou da instituição de trabalho, os códigos e o motivo das antecipações, das intervenções no processo de trabalho vai fortalecendo saídas possíveis para os problemas (SCHWARTZ; DURRIVE, 2010).

O fazer diferente diante do que se espera para obter resultados positivos esperados, leva as enfermeiras a agirem constantemente em construir alternativas no agir e agora solucionando os problemas que surgem a qualquer momento durante sua jornada de trabalho. Assim, durante o acompanhamento da sua atividade noturna, a E1 comentou: “*Fiz nada hoje e já são 21h. O tempo está passando muito rápido!*”

De fato, a enfermeira se manteve, a todo o momento, ajustando-se frente às necessidades do setor e dos pacientes ali inseridos. Então, agiu com competência a fim de antecipar eventos futuros e desneutralizar o meio, para atender no final as variabilidades da agenda cirúrgica e

renegociar o ambiente para nova urgência. A tabela 3, apresenta os passos dados pela enfermeira E1, mostrando como as competências são indispensáveis.

Tabela 3 - Invisibilidade da atividade da enfermagem para atender a urgência cirúrgica

Enfermeira 1	19h30min - Renegociação pela sala cirúrgica entre a equipe médica e circulantes;
	19h35min - Renegociação de horário com o cirurgião para começar o procedimento;
	19h50min - Certificação do jejum do paciente com a enfermeira do Pronto Atendimento;
	19h55min - Comunicação com o paciente sobre o procedimento a ser realizado;
	20h10min - Verificação da documentação para autorização do convênio para o procedimento cirúrgico;
	20h25min - Certificação dos exames pré anestésicos e demais documentos do prontuário do paciente;
	20h30min - Acompanhamento do paciente até a sala cirúrgica, pois seus subordinados estavam em cirurgia;
	20h35min - Negociação com a instrumentadora cirúrgica para acompanhar o caso e depois seguir com as cirurgias agendadas;
	20h50min - Gerenciamento da Unidade de internação materno infantil, via telefone. Antecipação de processos;
	21h - Tudo organizado, iniciar atividades burocráticas do setor.

Fonte: Elaborada com base nos dados vivenciados pela pesquisadora para fins deste estudo (2023).

Mesmo com a limitação apresentada à enfermeira, a estratégia de antecipação que utilizou e a mobilização necessária frente à situação, para dar conta da imprevisibilidade, de fato, fez revelar a invisibilidade da atividade humana, mesmo que não seja percebida pela própria trabalhadora e por seus pares.

De fato, sempre haverá uma lacuna entre as prescrições e o que é realmente realizado pelo trabalhador e antecipar uma ação, está intimamente ligado à competência e em aderência com as situações vivenciadas. A gestão realmente se concretiza quando se apropria do meio e nele poder inscrever a experiência instaurada no corpo-si.

O ser humano de fato está em constante exposição a exigências e constrangimentos emitidas pelo meio, então, para chegar ao ponto de ativar o seu singular, o indivíduo tentará permanentemente reinterpretar essas normas e obter um resultado final, a renormalização, o configurar o meio com o seu próprio meio (DI RUZZA; LACOMBLEZ; SANTOS, 2018).

Trabalhar para a ergologia é a atividade situada no tempo e no espaço que envolve o cumprimento dos objetivos do trabalho, em um lugar e em tempo determinado. Como item enigmático, as atividades são sempre complexas (BORGES, 2004).

4.4 DIFICULDADES ENFRENTADAS PELOS ENFERMEIROS NO ENTRELAÇAR DAS NORMAS ANTECEDENTES E A CONCRETUDE DA ATIVIDADE DE TRABALHO: CATEGORIA 2. O AGIR COMPETENTE

O trabalho da enfermagem em CC é marcado por uma gama de tarefas de responsabilidades, de complexidades e de atividades descontínuas, como já visto anteriormente. Mas, para atender tais condições de forma rápida, é comum que elas tenham conhecimento técnico, formação estratégica e experiência (história de vida).

Por meio de valores individuais, somados aos saberes práticos, possibilitaram às enfermeiras o viver bem com o coletivo de trabalho e a traçar estratégias, no intuito de otimizar o saber fazer no contexto produtivo e tentar controlar as disfuncionalidades que surgem dentro do contexto estudado.

Geralmente, a sequência de processos escritos da atividade de trabalho para auxiliar o profissional durante sua jornada, não corresponde fielmente quando realizadas. Diversas são as causas: tipos de visão do processo, o excesso de planificação da produção, a determinação de tempos, prescrições imperativas, tipo de formação do escrito da norma (GUÉRIN, 2001).

É relevante pensar que a humanidade se depara com avanços tecnológicos e científicos que, se inserem quase instantaneamente no cotidiano dos trabalhadores em geral e também nos profissionais de saúde, principalmente dos enfermeiros. A todo o momento, elas são deparadas com equipamentos e máquinas de última geração, usadas tanto no diagnóstico como no tratamento de enfermidades consideradas intratáveis e incuráveis. Assim, processos de trabalho não atualizados, podem não corresponder ao realizado.

A rotina é intensa, mas compensativa. Realizo várias tarefas para dar conta das cirurgias do dia. Trabalho além da jornada registrada em carteira de trabalho, mas vale a pena (E3).

Diante da intensa rotina de trabalho e das dificuldades, e necessidades de se comunicar, com as enfermeiras para agilizar processos e reduzir falhas, observou-se o uso do aparelho de celular particular para programar cirurgias, ou servir de comunicação com outros ambientes hospitalares e até mesmo, servir de transferências de informações entre a equipe.

Todavia, vale a pena pontuar que hospital estudado capacitou todos seus colaboradores sobre a Lei de Proteção de Dados nº 13.709/2018 e bem como, as profissionais aqui referenciadas, têm um Código de Ética de Enfermagem a ser seguida, na qual proíbe o uso do equipamento para a divulgação de dados dos pacientes. Cabe a cada instituição de saúde, fazer suas normas de utilização do celular a fim de preservar os direitos e a segurança de seus pacientes.

Contudo, a manipulação do aparelho celular torna mais fácil e ágil a gestão, não só do CC, mas de qualquer área da vida humana. Na maioria das vezes, é utilizado o aplicativo de *WhatsApp* ou e-mail institucional para controle da marcação ou cancelamento de cirurgias, transferências de informações setoriais, registro fotográfico de OPME abertos para o controle de estoque etc.

Percebe-se que esse modelo de organização atende a realidade de muitas empresas como ferramenta de trabalho, entretanto, o celular, o aplicativo *WhatsApp*® e a rede de dados móveis de internet é de uso pessoal das enfermeiras assistenciais. Para Calvo (2020), pontua como é preocupante um item de propriedade privada ser invadido pela esfera trabalhista a fim de garantir desempenho e resultados da atividade a qualquer custo, interferindo nas suas vidas pessoais e sociais.

Segundo Gaulejac (2007), esse recurso tecnológico utilizado pelas enfermeiras vem do processo de modernização do capitalismo e da atividade de trabalho, gerando a busca incessante pelo poder (empresa e trabalhador), pelo o lucro e a utopia do empregado em atingir níveis de excelência e direito a melhores salários e reconhecimento profissional dentro da empresa.

Temos um grupo de trabalho no WhatsApp® que nos mantemos informados sobre cancelamentos e acréscimos de cirurgias, se há autorização ou não dos convênios. Todos os dias dou uma olhada e me atualizo, mesmo em dia de folga (E1).

Tal preocupação da enfermeira em seu ambiente de descanso está vinculada na necessidade de produção a ela atribuída pela instituição, levando-a a ficar tensa, com expectativas irrealizáveis no momento que está vivendo e sentimento de responsabilidade. Tais pensamentos podem levar ao abalo psicossocial. (BRASIL, 2001b).

Necessidade de produção mais a sobrecarga de trabalho, é visto quando se torna necessário supervisionar outro setor hospitalar no período da noite, além do seus, por motivo de ausência do enfermeiro do local. A enfermeira assistencial do CC tenta de certa forma, gerenciar outras unidades no decorrer do seu plantão.

Às vezes me sinto sobrecarregada de trabalho e responsabilidades, pois existem setores que ficam descobertos de profissional assistencial, sendo necessário assumir então 3 setores no período da noite. Alguns com pacientes bem críticos (E2).

Contudo, o processo de gerenciar entra como forte propensão de regulamentar processos disciplinares e aumentar a vigilância do funcionário (não física, mas comunicacional) ao mesmo tempo, dando liberdade para cumprir as tarefas. Assim, é ter o tempo investido totalmente e exclusivamente em responder às exigências da empresa, “estar acessível não importa onde, não importa em qual momento, é a liberdade de estar ligado”. Ganha-se tempo, uma disponibilidade não mais obrigatória, mas permanente e livre (GAULEJAC, 2007, p. 111).

Vale pontuar ainda que, além de gerenciar o CC, as enfermeiras do noturno assumem os pacientes internados e a equipe técnica na Unidade Materno Infantil, localizada no mesmo andar e a poucos metros de distância.

Assim que recebo os plantões das enfermeiras do diurno, preciso ver o que está acontecendo nas salas cirúrgicas, neh! Quais salas cirúrgicas estão em atividade, quais circulantes estão envolvidas e na agenda, vejo quais procedimento ainda faltam realizar. Assim, consigo ficar tranquila, se a maternidade precisar de mim (E1).

Diferentemente das enfermeiras do plantão diurno, na qual se ocupam na gestão do maior quantitativo de cirurgias e movimentação de profissionais, as enfermeiras do noturno, ainda, se ocupam da parte burocrática como a avaliação de pendências nas folhas de sala e outros documentos administrativos pendentes do período.

No início do trabalho, como supervisiono dois setores, organizo as prioridades. Ajudo na assistência em sala cirúrgica, realizo assistência aos pacientes na maternidade. Depois passo para a auditoria em folhas de sala, geralmente lá pelas 2h da manhã. Oriento a equipe na organização do setor para o plantão diurno seguinte. Finais de semana, ministro treinamentos já separados pela RT (E2).

4.5 AS ESTRATÉGIAS INDIVIDUAIS E/OU COLETIVAS DESENVOLVIDAS PARA GERIR AS LACUNAS ENTRE O PRESCRITO E O REAL: CATEGORIA 3. COMUNICAÇÃO E INTERAÇÃO INTERPROFISSIONAL

Os sujeitos do trabalho, a todo o momento, se regulam e antecipam ações a fim de prevenir os disfuncionamentos. Uma das formas é se apropriar do coletivo, no qual se organizam e se manifestam de formas diferentes (linguagem, gestos, olhares, termos e outras

formas de comunicações eletrônicas) para que estes grupos, possam se entender, Entidades Coletivas Relativamente Pertinente (ECRP).

Hoje de manhã, a circulante avisou via WhatsApp que não iria trabalhar e nem justificou. O que me atrapalhou toda. Tive que remanejar circulantes, atrasar cirurgias e tentar conversar com os médicos que não compreendem (E1).

Para atender as exigências do setor, da instituição hospitalar e seus disfuncionamentos, a enfermagem ainda é confrontada constantemente com a pressão dos médicos pela utilização preferencial da sala cirúrgica. Assim, torna-se oportuno elas se sempre se regulam, que coloquem suas experiências e saberes internos a fim de tentar antecipar qualquer disfunção que possa aparecer, para que no final do dia de trabalho, possa garantir o bom fluxo das cirurgias e uma boa gestão de sua equipe.

Assim que recebo o plantão, vejo as necessidades e ajusto com as circulantes as demandas. Em certos plantões, eu prefiro ficar na SRPA e liberar a circulante responsável pelo setor para entrar com a paciente para a sala operatória. Daqui, consigo visualizar a movimentação do bloco e, caso surja demanda na maternidade, consigo prontamente colocar um profissional aqui e dar um pulinho no outro setor (E4).

Diante desta afirmativa, a ação de gerenciar é dada a enfermeira como tarefa a fim de conquistar um resultado de produção esperado pela empresa. Falzon (2007) pontua que toda tarefa é o que se espera do trabalhador (implícito ou explicitamente) a partir das condições dadas pela empresa para a realização do trabalho.

Todavia, a atividade de trabalho é diferente do trabalho prescrito, é o que realmente o profissional faz, como ele se mobiliza para dar conta da tarefa, o saber investido ou a competência adquirida por meio da experiência vivida (TRINQUET, 2010).

Uma situação real de trabalho, é a partida para analisar as maneiras de sair da proposta de que tudo está no sobre controle. Não existe saída para tentar buscar “a” saída, mas sim “as” diversas, inúmeras e infinitas formas de como é o trabalho na vida humana (BORGES, 2004).

Durante a observação em campo, a pesquisadora visualizou o coletivo de trabalho atuando fortemente para um bem comum, e tomando decisões em prol de antecipar processos que são necessários para gerir a atividade. Ação coletiva essa, observada no trecho da crônica 1 (dissertativa vivenciada pela pesquisadora em um único parágrafo) , a seguir:

... “A auxiliar administrativa do CC, com mais de 20 anos de profissão, diante das suas atividades de lançar, no sistema eletrônico do hospital, os procedimentos cirúrgicos

realizados em dias anteriores, preocupa-se ao ver o paciente e seu acompanhante aguardando ser chamado pela enfermagem para entrada ao CC. Assim, para ajudar a equipe, ela saiu da sua atividade principal, recebeu os documentos de internação, entregou a camisola para o paciente trocar de roupa e entregou para o familiar. Só então, acionou a enfermeira assistencial que o paciente aguardava para entrar para a sala operatória, “E2, o paciente já está trocado na sala de espera!” A enfermeira agradeceu e entrou com o paciente”.

Diante do exposto e vale pontuar que, não era função de auxiliar administrativo em proceder daquela maneira com o paciente, mas sim da técnica de enfermagem de orientar o paciente e a família. Assim, a auxiliar viu a necessidade de sair do seu plano de trabalho e cooperar com o fluxo do paciente para a cirurgia.

Assim, se fez o viver junto, pois a técnica de enfermagem, que naquele momento estava finalizando a organização da sala operatória para receber o paciente, a auxiliar evitou que novas disfunções e constrangimentos ocorressem, como por exemplo, o atrito com a equipe médica pela demora de iniciar a cirurgia.

É necessário compreender as trocas de valores entre as pessoas, as fronteiras móveis e invisíveis associadas ao tempo de permanência na instituição, pois assim, garante-se a confiança e a cooperação mútua no controle das defasagens do ambiente e ainda a fortalecer o coletivo existente. Tal cooperação é fruto da busca do trabalho de qualidade e prazer a quem está envolvido (SCHERER et al., 2009; SCHWARTZ; DURRIVE, 2010).

Visto isso, é oportuno pontuar que, tanto colegas de trabalho diretos quanto aqueles indiretos ao determinado processo, contemplam com suas próprias dramáticas para concretizar a tarefa proposta. Desta forma, o homem não vive totalmente sozinho, é a partir do coletivo, da singularidade de cada, que se traça vínculos para concluir uma determinada ação de trabalho, o que é chamado de Entidades Coletivas Relativamente Pertinentes – ECRP (SCHWARTZ; DURRIVE, 2010).

Como uma “sinfonia sem maestro”, uma ECRP faz duplo sentido entre o polo de debates de valores (políticos) e o polo dos valores locais sendo processados e reprocessados no campo da atividade de trabalho. Relativamente, é o viver junto somado a produção de bens comuns que se faz história, assim é necessário compreender essas trocas entre as pessoas que ali trabalham, para ver a eficácia do trabalho coletivo na empresa (SCHWARTZ; DURRIVE, p.161, 2010).

Quando existe uma boa relação entre as equipes de trabalho, as regras implícitas, os códigos e as razões são usadas como estratégias de antecipação de problemas. O objetivo é neutralizar os eventos indesejados, então o coletivo de trabalho, regido por competências individuais, agregam ingredientes para antecipar problemas nos processos, garantindo assim, a simetria processual e o bom funcionamento do trabalho. Esse coletivo é regido por competências individuais e coletivas, as quais agregam aquilo que denominam como ingredientes de competência, fatores responsáveis pelos bons resultados produzidos (SCHWARTZ, 2007).

Conceituando, as “entidades” dizem respeito às fronteiras invisíveis que abrange pessoas de um determinado serviço com outros serviços em mesma empresa. Já a palavra “coletivas” aborda a existência de troca de informações e de valores entre os setores citados, o que é fundamental para darem conta das diversas tarefas solicitadas. São “relativamente pertinentes” ao ponto de serem pertinentes para o entendimento de como o trabalho acontece e ao mesmo tempo são relativamente pertinentes porque as fronteiras são variáveis e se formam a partir dos atos de trabalho e a necessidade de trabalharem juntas (SCHWARTZ; DURRIVE, 2010).

4.6 OS VAZIOS DE NORMAS EXISTENTES E AS COMPETÊNCIAS EMANADAS PARA A GESTÃO DA ASSISTÊNCIA E DA PRODUTIVIDADE

É preciso pontuar que o setor do CC, além de possuir singularidades, possui também normas internas e externas como regimentos e portarias a nível Municipal, Estadual e Federal a serem cumpridas, e ainda, encontra-se em processo de certificação de qualidade ONA. Assim, a implementação de novos processos e rotinas no setor, ou mesmo a formalização de tais, exigem que condutas sejam documentadas, processos sejam atualizados, prazos sejam cumpridos e novas burocracias sejam aplicadas ao cotidiano da assistência para garantir ainda mais a segurança no atendimento ao paciente.

O disfuncionamento do CC, é de fato comum, pois o seu produto final é ser o corpo humano (com características biopsicossociais), tendo outro corpo humano, cuidando para garantir a seguridade e sucesso do processo cirúrgico. Contudo, é necessário criar e aplicar protocolos internos (prescrições antecedentes) o Procedimento Operacional Padrão - POP institucional e setorial a fim de haver o cumprimento das tarefas, prevenir e controlar os riscos

(físicos, químicos e biológicos) ao paciente e aos trabalhadores ali inseridos voltadas para a prática técnica da profissão de enfermagem.

A ação de trabalhar é saber lidar com a diversidade de fontes de prescrição, centralizar as prioridades entre elas e provavelmente tentar respeitá-las simultaneamente. Então a prescrição é essencial para o desenvolvimento do trabalho e sua ausência implicaria consequências negativas para o trabalho em si e para a saúde do trabalhador (DURRIVE, 2011).

É por meio da análise ergonômica do trabalho que conseguimos identificar o contexto real de trabalho das enfermeiras, as variáveis e os processos individuais que colocam para dar conta dos problemas. Certamente, considerar as variabilidades é ter um olhar nas características do sujeito e no ambiente onde ele se encontra visando obter a excelência nos resultados (ABRAHÃO, 2000).

Os objetivos da ergonomia reside em duas tensões, por um lado as organizações destinadas a garantir o bom desempenho (eficiência, produtividade, confiabilidade, qualidade etc) e por outro, a centralidade nas pessoas que se desdobram em diferentes dimensões (segurança, saúde, conforto, satisfação etc). Porém, nem sempre esses objetivos fluem em harmonia (FALZON, 2007).

4.6.1 Competências para a gestão de Equipamentos

Inegavelmente, tudo que entra e sai do CC é de responsabilidade do enfermeiro prestar conta à administração na qual é subordinada, e diante disso, quaisquer equipamentos, materiais cirúrgicos descartáveis ou não que ali estejam, é de interesse e responsabilidade do profissional que o mantenha funcionando para o atendimento ao paciente.

A qualidade e a segurança assistencial impactam diretamente nas rotinas de todos os profissionais envolvidos, contudo os profissionais tornam-se dependentes da adequada disponibilização e provisão de insumos necessários para uma boa assistência, livre de riscos ao paciente.

Infelizmente, em face do cenário atual, observou que das 7 salas cirúrgicas, 3 delas estão com as mesas cirúrgicas danificadas aguardando peça para manutenção, inviabilizando a sala de procedimentos cirúrgicos.

Durmo pensando nas mesas cirúrgicas com defeito, que farão falta para cirurgias do outro dia que não podem ser canceladas. Neste último final de semana, fiquei sabendo que mais uma mesa parou. Quatro salas paradas. Não consegui parar de pensar no

trabalho e nas cirurgias agendadas. Se a equipe da manutenção não resolver, na segunda terei que cancelar a cirurgia (E5).

Tal dialética nos leva a pensar sobre os conceitos de precariedade e precarização no contexto de reestruturação dos meios de produção no sistema capitalista. Contudo, o significado de precarização é o que leva a perdas de direitos trabalhistas em decorrência aos interesses do Estado neoliberal. Já a precariedade consiste na condição social dos trabalhadores onde eles estão inseridos na sociedade. Tais condições atreladas levarão a anulação da subjetividade do homem quanto ser social (SILVA, Michelle, 2018).

4.6.2 Competências para gestão dos Recursos Humanos

O trabalho na área da saúde tem como marca histórica nas profissões, a necessidade de definir o domínio de competências e atos próprios que pesam sobre a divisão do trabalho, e também, sobre a fronteiras entre os grupos. Contudo, torna-se um desafio para as instituições de saúde gerenciar conflitos entre os atores com interesses diversos e nem sempre convergentes. Não se faz saúde sem a modalidade de trabalho coletivo multiprofissional em cooperação mútua (SCHERER et al., 2009).

Trabalhar em saúde é também ter que se adaptar a um setor crítico, de alta complexidade tecnológica, com a presença forte da equipe médica e, ainda, um local fechado na qual é difícil a interação com o ambiente externo, tornando-se um desafio ao trabalhador que ali se adentra.

A tarefa impregnada nas enfermeiras (assistenciais e na coordenadora) é de gerenciar o coletivo multidisciplinar e a escala de enfermagem conforme as exigências do CC, torna-se oportuno poder contar com a cooperação dos mesmos de todos os envolvidos na assistência ao paciente. Desta forma, torna-se um fator exaustivo a ser cumprido e preocupação em comprometer a segurança e qualidade dos procedimentos.

Infelizmente, o CC é marcado por grande rotatividade e afastamentos de funcionários, o que são considerados fatores preocupantes. Lidar com o coletivo cheio de singularidades, baixos salários, altas demandas burocráticas e ainda o setor ser tão complexo, mostra que não são todas as pessoas que o suportam. Sendo assim, mesmo frente aos planos de contingência elaborados pela enfermagem para garantir o pleno funcionamento e a qualidade do serviço, ainda sim ocorre desfalques no quadro de pessoal devido atestados, licenças médicas, falta sem comunicação prévia e férias.

Nesse período de observação da pesquisadora, o CC operava com desfalque de 4 técnicos de enfermagem para atuar como circulante de sala devido a solicitação de desligamento.

Infelizmente, trabalhar no CC é muito difícil, não é para qualquer um. Tem pessoas que não aceitam o salário pois, não condiz com a atividade realizada aqui, ter que lidar com o estresse do médico e dos colegas é difícil, mais um ponto que os circulantes não ficaram, então pegam experiência e vão embora. Quando saiu a notícia que o piso da enfermagem seria aprovado, foi nítido a mudança de pensamento e comportamento das meninas (E5).

Diante da obrigatoriedade de possuir recursos humanos necessários para o bom andamento das cirurgias, este desfalque leva o enfermeiro ao constrangimento e a busca para corrigir tal disfunção. Tal demanda ainda é agravada no período de horário de almoço e café dos profissionais, onde as enfermeiras assistenciais devem articular com os demais membros da equipe multidisciplinar e promover uma comunicação clara e efetiva de quem assumirá a participação na cirurgia e qual procedimento será remanejado para não ser cancelado.

Diante da alta demanda do setor no período do diurno, fazer uma hora para o almoço não é possível ser cumprido no período correto, cabendo a enfermeira almoçar e voltar para a atividade e, em um momento mais tranquilo, irá realizar a sua hora para descanso e a RT de enfermagem assumirá caso ocorra uma demanda inesperada. O importante para qualquer hospital é manter o CC em pleno funcionamento, sem atrasar cirurgias e os médicos.

Assim, ao falar sobre o trabalho, Schwartz e Durrive (2010) abordam que nunca será somente uma pura execução, pois o meio do trabalho é infiel e não podendo então ser listado totalmente porque um dia não é igual ao outro até mesmo a situação de trabalho. Assim é impossível que o meio evite a variabilidade, mesmo que o profissional seja renormalizado, a infidelidade deve ser gerida a partir do uso dos próprios recursos e das suas próprias escolhas.

4.6.3 Competências para a gestão da Agenda Cirúrgica

Um dos principais processos do CC é baseado na agenda cirúrgica e o seu gerenciamento é feito, exclusivamente, pelo enfermeiro do setor. É por meio dela que os profissionais se ajustam quanto ao tempo cirúrgico, o tempo de limpeza da sala, o quantitativo de pessoal e aos materiais cirúrgicos necessários para atender tal demanda. Figura 7.

Defronte a agenda cirúrgica no início do plantão, o enfermeiro se depara com uma folha limpa ou no mais, com uns acréscimos listados no bate mapa no dia anterior. Entretanto, no

decorrer da jornada de trabalho, o enfermeiro é confrontado com variabilidades que modificam tal agenda, variabilidades decorrentes a cancelamentos cirúrgicos ou surgimento de cirurgias de urgência oriundas de outros setores como o Pronto Socorro Municipal, o Pronto Atendimento, a Maternidade, a Hemodiálise, as duas UTI e/ou as Unidades de Internação.

Figura 7 – Agenda cirúrgica no início do plantão

Seq	Sala	Hora	Durac	Nome do paciente	Cirurgia	Convenio	Anestesia	Sangue	UTI	UCCI	Observacao
1	3	07:00	02:00		COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR E POSTE	SUS	Geral	0,000	N	N	
2	4	07:00	02:00		COLPOPLASTIA POSTERIOR COM PERINEORR	35 VALE	Geral	0,000	N	N	sling
3	6	07:00	01:00		AS FUNCAO ARTICULAR DIAGNOSTICA OU TERA	3 UNIMED -	Geral	0,000	N	N	EXTERNA
4	2	08:00	02:00		SALPINGECTOMIA UNI / BILATERAL	SUS	Geral	0,000	N	N	
5	7	08:00	04:00		HERNIORRAFIA INGUINAL - UNILATERAL	1 UNIMED -	Geral	0,000	N	N	taba
6	6	08:10	01:00		BLOQUEIO ANESTESICO SIMPATICO	80 UNIMED -	Geral	0,000	N	N	rpa
7	3	09:10	02:00		ADENO-AMIGDALECTOMIA	1 UNIMED -	Geral	0,000	N	N	
8	4	09:10	02:00		COLPOPLASTIA POSTERIOR COM PERINEORR	6 UNIMED -	A Geral	0,000	N	N	SLING
9	6	09:30	01:00		COLUNA VERTEBRAL: INFILTRACAO FORAMI	80 PASA	Geral	0,000	N	N	
10	3	11:15	01:00		ADENO-AMIGDALECTOMIA	1 UNIMED -	A Geral	0,000	N	N	
11	6	13:00	00:20		FACECTOMIA COM LENTE INTRA-OCULAR CO	1 PASA	Geral	0,000	N	N	
12	7	13:00	01:00		CATETER P/ ACESSO VENOSO CENTRAL SEM	1 SUS	Geral	0,000	N	N	
13	6	13:25	00:15		FACECTOMIA COM LENTE INTRA-OCULAR CO	1 UNIMED -	A Geral	0,000	N	N	
14	6	13:45	00:15		FACECTOMIA COM LENTE INTRA-OCULAR CO	1 UNIMED -	A Geral	0,000	N	N	
15	6	14:10	00:15		FACECTOMIA COM LENTE INTRA-OCULAR CO	VALE	Geral	0,000	N	N	
16	7	14:10	01:00		TE IMPLANTACAO DE CATETER DE LONGA PERM	1 SUS	Geral	0,000	N	N	
17	6	14:26	00:15		FACECTOMIA COM LENTE INTRA-OCULAR CO	1 VALE	Geral	0,000	N	N	
18	6	14:42	00:15		FACECTOMIA COM LENTE INTRA-OCULAR CO	1 UNIMED -	A Geral	0,000	N	N	
19	6	14:58	00:15		FACECTOMIA COM LENTE INTRA-OCULAR CO	1 VALE	Geral	0,000	N	N	
20	7	15:12	01:00		RETRADA DE CATETER DE LONGA PERMANE	1 SUS	Geral	0,000	N	N	QT
21	6	15:20	00:15		FACECTOMIA COM LENTE INTRA-OCULAR CO	1 PASA	Geral	0,000	N	N	
22	4	18:00	02:00		VARICOCELE UNILATERAL - CORECAO CIR	1 UNIMED -	A Geral	0,000	N	N	
23	6	18:00	02:00		COLUNA VERTEBRAL: INFILTRACAO FORAMI	1 UNIMED -	A Geral	0,000	N	N	
24	4	20:10	01:00		POSTECTOMIA	1 UNIMED -	A Geral	0,000	N	N	

Fonte: Documento cedido pelo Centro Cirúrgico estudado (2023).

Vale caracterizar que o CC possui protocolo para agendamento das cirurgias, entretanto, para agendar, as enfermeiras entram em um estado de conflitos de normas, tentam de certa forma, seguir o que está prescrito ou seguir os seus valores pessoais.

Todavia, o sistema eletrônico de agendamento e o POP, não são suficientes para ajudar o enfermeiro a gerir toda a dinâmica que enfrenta (tempo cirúrgico de cada procedimento, as peculiaridades dos cirurgiões e dos pacientes. Assim, fazer uso de si para contornar essas defasagens de normas, faz oportuno para o bom caminhar das cirurgias.

Agendamos as cirurgias por alto, imaginamos o tempo que ela irá durar para depois, agendar a próxima na mesma sala. É muito relativo isso, tem vez que a cirurgia dura mais que o esperado ou o médico demora a entrar em campo. Quando acontece, temos que remodelar a equipe e as salas disponíveis e ainda ouvir médicos reclamarem (E5).

A quebra de planejamento, os imprevistos, os acontecimentos, exigem tomada de decisões rápidas pelas enfermeiras, que constantemente fazem uso de si para regular os constrangimentos no trabalho, promovendo um jogo de acontecimentos e consequências que transformam as relações com o meio e com o pessoal de trabalho (CALVO, 2020).

Quando se vislumbra as variabilidades dentro do objetivo proposto (agenda cirúrgica), é pertinente abordarmos que todas as gestões que as enfermeiras fazem, nunca são feitas sozinhas, existe um coletivo por detrás para que o objetivo final seja concluído. As “*Entidades Coletivas Relativamente Pertinentes*” ERCP, apontam os valores em jogo, a história e a promoção de bens comuns (SCHWARTZ; DURRIVE, p. 150, 2010).

As soluções para controlar as cirurgias necessitam de um coletivo bem estruturado e de um ambiente democrático e político para atender a todos os interessados. Assim, torna-se significativo fazer uso da pertinência de trabalhar junto, colocar todos os valores em debate para assim, ter aderência e força para remodelar o destino do que foi proposto, ter um significado em comum (DI RUZZA; LACOMBLEZ; SANTOS, 2018). Como mostra a crônica 2.

“...O plantão noturno estava em pleno vapor, com o quantitativo de profissionais reduzidos e cirurgias agendadas em andamento. A enfermeira do Pronto Atendimento mandou mensagem, via *WhatsApp* para a E1 informando que tinha um paciente em jejum, a pedido médico, desde às 9h para ser submetido a apendicectomia. “*Foi deixado em jejum pela enfermeira do dia, para a segurança do paciente, pois o médico não informou o horário do procedimento, e como cheguei agora às 19h resolvi te falar que o paciente ainda se encontrava em jejum. Não consegui localizar o cirurgião*”. Assim, a E1 remodelou a agenda para atender a prioridade cirúrgica, informou para a circulante e para a instrumentadora organizarem a sala operatória 5 para a cirurgia de urgência, ligou para o cirurgião e informou que o paciente estava em jejum e que naquele momento, 19h30min, poderia realizar a cirurgia, pois havia profissional para o auxiliar no procedimento, pois era urgência. Assim, ela foi ao PA conhecer o paciente, ver as guias de autorização (que não estava autorizado) e o encaminhar ao bloco para o procedimento”.

O trecho expõe os riscos assumidos, a troca de saberes e o trabalho coletivo para atender às defasagens no trabalho. Utilizou-se da expressão “uso de si”, que para a ergologia é quando o profissional faz “uso de si” e “uso de si pelos outros” para atribuir leis próprias para dar conta

do ambiente onde está inserido. No momento em que ele coloca suas próprias condições, estratégias e sua subjetividade para concretizar ações que necessitou naquele momento com sua equipe, significa que ele executou ações diante de um vazio de normas (SCHWARTZ; DURRIVE, p. 190, 2010).

A profissional assumiu vários riscos e burlou protocolos a fim de atender a demanda. Um dos riscos assumidos foi de providenciar a cirurgia sem a prévia autorização do convênio, assumindo então, para si, o risco financeiro.

De fato, o agir frente à imprevisibilidade na assistência ao paciente cirúrgico necessita de historicidade, competências no agir aqui e agora, e lidar com o potencial eventos de riscos envolvidos na gestão e renormalizar (DI RUZZA; LACOMBLEZ; SANTOS, 2018). A enfermeira, que naquele momento, agindo na penumbra, sabia que o convênio não poderia negar uma cirurgia de urgência, por isso iniciou o processo cirúrgico.

Não existem fronteiras para um coletivo poder agir, suas fronteiras são as da atividade que foi dado em um certo momento de tempo a um certo grupo de pessoas pertinentes a situação mesmo que em serviços diferentes. Não existem maneiras de definir seus contornos e as densidades de comunicação, são invisíveis e que dão a importância de viver junto (SCHWARTZ; DURRIVE, 2010).

Com relação a essa comunicação invisível, a análise de conteúdo de Bardin (2016) colabora com esta pesquisa, pois torna possível evidenciar e analisar as comunicações entre os enfermeiros. Ao vermos as enfermeiras se comunicando, elas reconheceram as variáveis cronológicas e biológicas do organismo humano, não se precisa esmiuçar, entre elas, tal urgência médica, ambas as partes já conhecem e sabem da prioridade.

A partilha das dificuldades com as equipes é vista constantemente nos plantões das enfermeiras. Quando são confrontadas com algum funcionamento, ou ausência de normas, as enfermeiras tendem a usar da sua singularidade para articular e negociar com sua equipe e com outros setores envolvidos na segurança do paciente, crônica 3.

“...Com pacientes na SRPA, o maqueiro com autorização do médico anestesista, preparava-se para levar o paciente até seu quarto. Durante sua saída do CC, a E5 observou que o maqueiro tinha dificuldades de conduzir a maca que se encontrava a paciente e assim verbalizou: *“Chame o acompanhante que está na sala de espera para te ajudar a conduzir o paciente até o quarto”*.

Então, a enfermeira apropriou-se da noção de coletivo para contornar as dificuldades no tempo e espaço, o que não consta na prescrição de como conduzir paciente pós cirúrgico até o leito. Assim ela antecipou problemas futuros e cuidou do seu coletivo (doenças ergonômicas e acidentes). É uma ferramenta útil para saber como sair do disfuncionamento, pois é por meio das ligações invisíveis existentes entre as pessoas para que ocorrem o bem comum.

Diante da necessidade de se manterem vivos na empresa, Canguilhem (2009) afirma que todo ser humano é sujeito de suas próprias normas, principalmente dentro no ambiente de trabalho. Essa vida se faz presente por meio de microcriações, chamado de transgressões (*'jeitinhos'*, para as soluções de problemas do cotidiano), o que torna viável e prazeroso o trabalho.

As transgressões individuais e coletivas observadas pela pesquisadora foi diante a ausência de profissional instrumentista para acompanhar um cirurgião. A enfermeira E4 procura opinião com uma instrumentadora específica (com maior tempo e experiência na profissão) e juntas, traçam a melhor forma de atender a próxima cirurgia e gerir o risco de causar atrito com a equipe médica, como mostra a crônica 4.

... “A E4 procura a Instrumentadora 1 e pergunta: *Nós teremos a cirurgia do cirurgião 1 agora, mas as outras instrumentadoras estão em campo e uma delas, terminará em poucos instantes. Teria como você entrar? A instrumentadora 1 diz: não tem problema, espere ela terminar e assim, entrar para esta cirurgia. Dará tempo! O paciente do dr 1 nem chegou no bloco ainda. Melhor eu entrar na cirurgia do cirurgião 2, pois é mais complexa. Porém, o cirurgião 1 já estava aguardando ansioso, no postinho de enfermagem, para entrar em campo. A E4 procurou pelo médico e perguntou qual a clínica do paciente. Ele respondeu que está estável e então, a enfermeira explicou sobre a decisão tomada, a que ele teria que aguardar uns minutos a mais, sem impactar ao paciente. Ele entendeu e aguardou por uns 20 minutos. Assim, deu tempo para a enfermagem organizar a sala operatória, entrar com o paciente e iniciar o processo cirúrgico”.*

As ERCP com os seus elementos de cooperação, faz com que cada profissional toque a sua partitura, que sabidamente mostra-se em sincronia, visto que não se tem um maestro. Caso ocorra uma anormalidade nesta sincronia ocorrerão então erros, atrasos e mal-estar entre as equipes envolvidas. Desta forma, para a eficácia do coletivo de trabalho, os valores são fortes e socialmente partilhados (SCHWARTZ; DURRIVE, 2010).

Schwartz (2011) afirma que existem dois tipos de valores, o mercantil que são valores dimensionáveis e quantificáveis, e os valores não dimensionáveis que está relacionado ao bem comum. Entretanto, a gestão de conflitos gerados por tais valores, entrará um terceiro item no cotidiano do trabalhador, o pólo das gestões. Todo trabalhador usará os outros valores para se dialogarem e assim, fazer gestão para qualidade do serviço.

Gosto de verificar a agenda de amanhã e ver o que precisa de mais atenção, se os OPME estão autorizados, se os pacientes internados estão em jejum, se tem algum acréscimo não anotado na agenda e confirmar os kits junto com a instrumentação cirúrgica. (E1).

É possível observar o bom relacionamento das enfermeiras assistenciais com suas equipes, ambas as partes negociam as melhores estratégias para suprir as demandas do setor e garantir a segurança do paciente. O uso de si pelo enfermeiro vem de forma simultânea no articular entre “uso de si próprio” com o “uso de si pelos outros” gerando compromisso na macrogestão do trabalho.

A mesma jogada é feita quando a enfermeira do noturno pré organiza a agenda do dia seguinte. Com a participação de uma instrumentador cirúrgico, alinham prioridades, conferem kits cirúrgicos e OPME autorizados pela saúde suplementar.

Nesse ambiente de troca de saberes através da comunicação, Bardin (2016) enfatiza que, a comunicação verbal ou não verbal enviada pelo emissor e compreendida pelo receptor, é amparada por códigos que contém significados internos entre os envolvidos. Desta forma, analisar o conteúdo da mensagem, a partir do ambiente envolvido, é extrair valores e sentidos que movem a execução do comando.

Para a Ergologia, tais valores são elementos pertencentes ao ser humano, e com isso, orientam nas condutas, nos comportamentos, e possuem ações decisivas no julgamento final. Sendo assim, estudar os valores no trabalho é necessário considerar valores existentes também no meio (SILVA; BORGES, 2017).

A Ergologia tem como proposta evidenciar que o trabalho é um misto de aspectos técnicos da atividade humana, com relações repletas de singularidades e debates entre os saberes institucionalizados e o ponto de vista do trabalhador (SILVA; BORGES, 2017). Visto que tal processo, singularização e ressingularização na gestão do plantão, mostra fortemente que as escolhas são sempre atravessadas pelo pólo mercantil e valores pessoais para atender um coletivo em comum.

Quando dá 17h30min, já começo a organizar as próximas cirurgias conforme o quantitativo de circulantes, instrumentadoras e salas cirúrgicas para o período noturno. Infelizmente, são 3 circulantes para 5 cirurgias previstas, atrasos vão ocorrer, mas não posso colocar pacientes sem a supervisão de um profissional de enfermagem. O médico terá que esperar pelo fim de uma cirurgia pela ajuda da circulante (E1).

Tendo conhecimento sobre a importância do coletivo no trabalho, a solidariedade se desenvolve. É por meio do compartilhar dificuldades, tristezas, alegrias, escolhas, valores e soluções que se cria uma base sólida de um coletivo de trabalho inabalável, centrado na confiança, no diálogo e na sinceridade (SCHWARTZ; DURRIVE, 2010).

Outro ponto a ser posto em discussão de singularização e ressingularização para atender um coletivo comum, é quando ocorre o agendamento de cirurgias da mesma especialidade médica, os chamados de mutirões de procedimentos cirúrgicos como catarata, histerectomias e/ou retirada de câncer de pele.

Contudo, quando se coloca dois mutirões de especialidades cirúrgicas diferentes acontecendo simultaneamente a outras especialidades já agendadas, coloca o CC em extrema movimentação de recursos materiais, pessoais e financeiros. Assim, para atender a demanda, as enfermeiras se ajustam no dia anterior e solicitam aporte técnico (enfermagem) para não sobrecarregar os profissionais que já se encontram de plantão, e assim a evitar transtornos com os médicos.

Nesta quinta-feira estamos com alta demanda de cirurgias no noturno, como temos 4 cirurgiões de especialidades diferentes, opto por deixar 1 circulante para cada profissional, mesmo este tendo 3 procedimentos a executar. Foi a forma que encontrei hoje para não favorecer ninguém e não me prejudicar com a equipe médica, o que está funcionando muito bem (E4).

Tal aporte é solicitado tanto para o técnico do noturno, que duplica sua jornada de trabalho, quanto para os profissionais de outro plantão do dia que faz hora extra. O caráter de escolha do profissional é quanto a desenvoltura, expertise, agilidade de tomadas de decisões e boa comunicação para atender a alta demanda. Geralmente são profissionais que têm mais tempo de casa e familiarizados com os processos cirúrgicos.

No ambiente estudado, é pertinente pontuar que existem duas salas cirúrgicas desativadas, então as enfermeiras devem utilizar as demais salas com sabedoria e atender a todos sem precisar cancelar cirurgias. Entretanto, para atender as necessidades dos pacientes e as exigências dos médicos cirurgiões pela exclusividade do uso da sala, as enfermeiras devem

fazer uso de suas competências para gerir o quantitativo de cirurgias em um ambiente com desfalque de sala.

De fato, o trabalho sempre apresentará duas faces ao ser humano, o lado o caráter pessoal e do outro lado, o socioeconômico (GUÉRIN, 2001). Todo esse processo que o homem apresenta dentro das organizações, de desenhar parcialmente o meio a partir da sua própria norma, história e valores, frente às lacunas existentes entre as normas antecedentes e a própria atividade de trabalho, tem como premissa garantir a sua saúde. Esse ser enigmático sempre em sinergia é chamado de *corpo si*, uma contínua renegociação com as normas (SCHWARTZ, 2011).

Apesar de algumas dificuldades que a pesquisadora vivenciou durante toda a pesquisa em campo, como desconfiança da equipe médica, receio da equipe de enfermagem e a mudança na rotina da equipe multidisciplinar pela presença da pesquisadora, mostrou como as pessoas não estão familiarizadas com os objetivos reais das pesquisas científicas.

Sem dúvida, sempre haverá algo desconhecido e coisas a se aprender com relação ao trabalho e, especialmente, na área da saúde. De certo, cada proposta de estudo vai mostrar os processos de cooperação, os conflitos entre os profissionais, os distintos problemas considerados prioritários e bem como as maneiras e métodos para resolvê-los.

A Ergologia facilitou a compreensão e o aprofundamento epistemológico, revelando dramáticas, os saberes adquiridos ao longo da história profissional, valores pontuais no processo de decisão. As competências formadas a partir dos (dis)funcionamentos, são necessários para atuar no ambiente hospitalar e no Centro Cirúrgico, mas insuficientes do ponto de vista do trabalho. Então, esta pesquisa permitiu pensar e repensar nas diversas formas de atuação do enfermeiro em situações reais da assistência ao paciente e mostrou como a Ergologia e a Ergonomia, ainda é desconhecida pelos profissionais e pela própria gestão.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Trabalhar em pesquisa social é poder entrar em um universo polêmico, na qual o debate é sempre constante e não conclusivo. Por meio da pesquisa social no âmbito do trabalho, práticas e saberes poderão ser reconfigurados, acarretando melhor gestão das cargas de trabalho da população inserida, numa possibilidade de minimizar os riscos de adoecimentos/acidentes.

A vida social dentro de uma instituição de saúde é demandada, constantemente a fazer, a agir e a produzir, o que precede a atividade humana. Produção em ambiente hospitalar condiz

em atender as necessidades dos pacientes e ao mesmo tempo, melhorar os lucros e diminuir as perdas financeiras. Entretanto, com referências de modelos de gestão, são cada vez mais cobradas e repassada esta cobrança aos seus colaboradores para alcançar a excelência na prestação de serviços.

Neste sentido, tornou-se oportuno pensar sobre o tema e ampliar tal discussão. Assim, foi proposto o primeiro problema para a pesquisa: a gestão do Centro Cirúrgico pelos enfermeiros envolvidos, como eles renormalizam a sua atividade para manter-se vivos no ambiente de trabalho e como esse ambiente com diversos disfuncionamentos, repercute tanto no binômio saúde/doença, quanto nas relações entre o desempenho e a execução do trabalho dos enfermeiros, a fim de evitar eventos deletérios à saúde do paciente e dos trabalhadores.

De certo, foi possível visualizar as renormalizações, impregnados de singularidades, acontecendo entre as enfermeiras, desde o mais simples gesto facial com o colega de trabalho, até mudanças enérgicas de estratégias para gerenciar a agenda cirúrgica e os riscos. Riscos que elas tentam controlar oportunamente dar garantia e segurança ao paciente que busca pelo serviço.

Renormalizações vivenciadas pelas enfermeiras foram inúmeras, pois fazem o uso de si por si e pelos outros para tentar controlar o imprevisto e desnautralizar o meio frente às prescrições. Tal temática, atividade de trabalho, tem sua complexidade o que podem ser citadas: renormalizações sobre a agenda cirúrgica, sobre a organização setorial, organização de material especial e organização dos recursos humanos. Fatores estes, repletos de variabilidades que remetem a cuidados distintos e decisões pontuais no momento da disfunção. Viver é lidar, cotidianamente, com o meio, que é sempre “infel”. Produz-se no contexto analisado a partir das (im)possibilidades de lidar com meio e, a partir dele, em confrontação com a experiência instauradas no corpo-si e no agir.

O segundo problema levantado nesta pesquisa foi quanto ao ambiente que as enfermeiras estão inseridas e como as variabilidades do ambiente interferem no binômio saúde/doença das trabalhadoras. Foi possível observar durante a visita da pesquisadora ao CC, mesmo com o aumento da demanda por cirurgias, atritos com a classe médica por sala operatória, a gestão de conflitos e a falta corriqueira por recursos humanos. Tais desafios não impactaram diretamente na produção, na assistência ao paciente e nem lançaram prejuízos financeiros à instituição, por causa do agir em competência instaurado no contexto analisado.

Porém, mesmo com suas competências dentro do Centro Cirúrgico, foi visto que as enfermeiras constantemente são expostas aos riscos imprevistos e aos constrangimentos, o que

atinge e modifica imediatamente seu equilíbrio biopsicossocial, ou seja, tais são os constrangimentos que a organização de trabalho local oferece, que impacta diretamente na saúde destas trabalhadoras.

Entretanto, foi observado que não ocorre a materialização de acidentes físicos a elas, de fato, mas sim, o adoecimento psicossomático a partir do momento que, certas condutas da empresa, não condiz com seus valores pessoais ou por estarem sempre enfrentando e correndo riscos para garantir uma cirurgia segura ao paciente.

Riscos ou constrangimentos no trabalho enfrentados pelas enfermeiras: constrangimentos ao confrontar médicos cirurgiões por prioridade pela sala operatória frente a agenda cirúrgica já organizada; riscos na gestão de conflitos entre sua equipe de enfermagem; debates de normas e transgressões para garantir a qualidade da assistência de seus pacientes.

Ao tentar visualizar os saberes individuais e/ou coletivas pelas enfermeiras no cotidiano do processo de trabalho, durante a pesquisa, ficou evidente que tais profissionais tentavam se equilibrar entre o prescrito e a realidade de trabalho. Em certos momentos, o coletivo de trabalho se camuflava diante da demanda, na qual elas mesmas não percebiam como a troca de conhecimentos, suavizava os problemas de gestão.

Quem não participasse desse momento, não compreenderia o que realmente estava em jogo, as renormalizações, o uso de si e pelos outros, as necessidades de desneutralização do ambiente para neutralizar o futuro e o vínculo e a convivência para contornar a variabilidade apresentada. Algo que os superiores hierárquicos não conseguiram acessar, o que torna um desafio para qualquer administrador.

Outro ponto notável que a pesquisadora observou: a importância da renormalização da prescrição à realidade do trabalhador para fomentar uma qualidade assistencial, segurança (riscos aos pacientes e aos colegas de trabalho) e a manutenção da saúde do profissional no ambiente vivido. É notório que as empresas, ao permanecerem na manutenção de um modelo de prescrição com visão de fora para dentro do processo de trabalho, de certo, acarretará em sofrimento físico e emocional de ser trabalhador.

Todavia, será impossível que este tipo de norma seja vivida pelo trabalhador, integralmente, por não contemplar os saberes, as competências individuais e coletivas. Por outro lado, fazer uma norma de dentro para fora, (do ponto de vista de quem vive) tornará mais efetiva o cumprimento desta, visto que está mais próxima da realidade do trabalhador.

Então, fazer aflorar a atividade de trabalho da enfermagem e evidenciar o que é invisível, a singularidade de cada profissional, os saberes e os valores envolvidos para contornar os riscos

do/no trabalho, mostram como importante o uso das metodologias da Ergonomia e Ergologia para proporcionar espaços democráticos e aproximar, cada vez mais, as normas/prescrições da realidade vivida pela classe trabalhadora.

Desta forma, tal percurso metodológico (Análise Ergonômica do Trabalho - AET) mostrou ser adequado aos objetivos deste estudo e os resultados possibilitaram, além de melhor compreender a complexidade e as exigências que caracterizam a assistência de Enfermagem em Centro Cirúrgico, fez emergir as atividades (constrangimentos e as (im)possibilidades de gestão durante a assistência ao paciente), revelar estratégias, identificar algumas áreas de fragilidade, fatores que dificultaram, restringiram ou limitaram a realização dos procedimentos no cotidiano de trabalho.

De certo, este estudo ajudará a ampliar o pensamento sobre interdisciplinaridade, competências profissionais, coletivo na tentativa de controlar os disfuncionamentos do ambiente e a invisibilidade do trabalho. Contudo, permite a síntese de novos estudos científicos, a fim evidenciar tais características e proporcionar melhores condições de trabalho aos profissionais que atuam diretamente na assistência ao paciente e bem como, na compreensão dessas peculiaridades pelos administradores, no intuito de enriquecer processos de trabalho.

REFERÊNCIAS

- ABRAHÃO, Júlia Issy. Reestruturação Produtiva e Variabilidade do Trabalho: Uma abordagem da ergonomia. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 16 n. 1, p. 49-54, 2000. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-37722000000100007>. Acesso em: 20 jan. 2022.
- ASSUNÇÃO, Ada Ávila. Condições de Trabalho e Saúde dos Trabalhadores da Saúde. In: GOMEZ, C. M.; MACHADO, J. M. H.; PENA, P. G. L. **Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2011. p. 543-477.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 1977.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. 3º reimpr. 1 ed. São Paulo: Edições 70, 2016.
- BAPTISTA, Marina Kelly S. et al. O poder na relação enfermeiro-paciente: revisão integrativa. **Revista Bioética**, v. 26, n. 4, p. 556-566, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/4jjpc9rWRQs9GdZcV3CXMzs/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 dez. 2021.
- BATISTELLA, Carlos. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In: FONSECA, Angélica Ferreira; CORBO, Ana D'Andrea. **O território e o processo saúde-doença**. Educação profissional e docência em saúde. A formação e o trabalho do Agente Comunitário de Saúde. Fiocruz, 2007. p.51-86.

BONFADA, Mônica Strapazzon. *et al.* A realidade do trabalho do enfermeiro em uma unidade de pronto socorro adulto na visão da ergologia. **Revista Encantar - Educação, Cultura e Sociedade**, v. 1, n. 3, p. 310-319, 2019. Disponível em: <https://www.revistas.uneb.br/index.php/encantar/article/view/8874>. Acesso em: 12 mar. 2023.

BORGES, Maria Elisa Siqueira. Trabalho e gestão de si: para além dos “recursos humanos”. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, vol. 7, pp. 41-49, 2004. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-37172004000100005. Acesso em: 25 mai. 2022.

BORGES, Elisabete; TRINDADE, Letícia de Lima. Processo de trabalho em saúde e enfermagem. **Suplemento digital Revista ROL Enfermagem**, v. 44, n.11-12, p. 43-50, 2021. Disponível em: <https://e-rol.es/wp-content/uploads/2021/11/Processos-de-trabalho-em-saude-e-enfermagem.pdf>. Acesso em: 07 jul. 2022.

BRASIL, **Resolução nº 03/2001**. Institui as diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Enfermagem, Brasília, 2001a. Disponível em: https://normativasconselhos.mec.gov.br/normativa/pdf/CNE_CES03.pdf. Acesso em: 28 jul. 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Doenças relacionadas ao trabalho**: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília, DF: 2001b. Disponível em: <https://renastonline.ensp.fiocruz.br/recursos/doencas-relacionadas-trabalho-manual-procedimentos-os-servicos-saude>. Acesso em: 04 ago. 2021.

BRASIL, **Resolução RDC nº 50/2002**. Dispõe sobre normas destinadas ao exame de aprovação dos estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília, 2002. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2002/rdc0050_21_02_2002.html. Acesso em: 28 jul. 2022.

BRASIL, **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 2012. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2013/06_jun_14_publicada_resolucao.html. Acesso em: 05 ago. 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 3390 de 30 de dezembro de 2013**. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Brasília, DF. Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <https://bibliotecadigital.seplan.planejamento.gov.br/handle/123456789/1043>. Acesso em: 13 jan. 2022.

BRASIL, Christina Cesar P. *et al.* Reflexões sobre pesquisa qualitativa na saúde. *In*: SILVA, Raimunda Magalhães da. *et al.* **Estudos qualitativos**: Enfoques teóricos técnicas de coleta de informações. Sobral. Ed. UVA. 2018. p. 21-26.

BRITO, Jussara. Saúde do trabalhador: reflexões a partir da abordagem ergológica. *In*: FIGUEIREDO, M. *et al.* (Org.). **Labirintos do trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo**. Rio de Janeiro: DP&A Editora, 2004. p. 91-114.

CALVO, Daniel de Souza Costa. **Direito de recusa a trabalho perigoso/riscos graves e iminentes:** paradoxo, obstáculos e apropriações em um centro cirúrgico hospitalar. 2020. Tese (Doutorado em Engenharia Sanitária e Ambiental) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro Rio de Janeiro, 2020.

CANGUILHEM, George. **O normal e o patológico.** 6 ed. Rio de Janeiro: Forense, 2009.

CARAM, Carolina da Silva. **Os sentidos do trabalho para profissionais da saúde do CTI de um hospital universitário, Brasil. 2013.** Dissertação (Mestrado em Saúde e Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013.

CARVALHO, R.; MORAES, M. W. Inserção do Centro Cirúrgico no contexto hospitalar. *In:* CARVALHO, R.; BIANCHI, E. R. F. **Enfermagem em Centro Cirúrgico e Recuperação.** 2. ed. São Paulo: Ed. Manole, p.1-18, 2016.

CHANLAT, Jean-François. Modos de Gestão, Saúde e Segurança no Trabalho. *In:* DAVEL, Eduardo; VASCONCELOS, João. (Org.). **Recursos Humanos e Subjetividade.** Petrópolis: Vozes, 1995. p. 118-128.

COFEN, Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 0543/2017. **Atualiza e estabelece parâmetros para o Dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nos serviços/locais em que são realizadas atividades de enfermagem.** Brasília, 2017. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/RESOLU%C3%87%C3%83O-COFEN-N%C2%BA-543-2017-completa.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2022.

COFEN, Conselho Federal de Enfermagem. Parecer Técnico nº027/2020. **Solicitação de que o COREN-AL emita Parecer Técnico sobre a atuação do Enfermeiro e Técnico de Enfermagem e suas atribuições no Centro Cirúrgico (CC) e Recuperação Pós Anestésica (RPA).** Alagoas, 2020. Disponível em: http://al.corens.portalcofen.gov.br/wp-content/uploads/2020/11/PARECER_TÉCNICO_Nº_027_2020_PAD_238_2020.pdf. Acesso em: 26 dez. 2021.

DI RUZZA, Renato; LOCOMBLEZ, Marianne; SANTOS, Marta (eds). **Ergologia, Trabalho, Desenvolvimentos.** Belo Horizonte: Fabrefactum, 2018.

DEJOURS, Christophe. Subjetividade, trabalho e ação. **Revista Produção,** São Paulo, v. 14, n. 3, p. 27-34, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-65132004000300004>. Acesso em: 12 dez. 2021.

DOLAN, M.; DOYLE, M. Violence risk prediction. Clinical and actuarial measures and the role of the psychopathy checklist. **Br J Psychiatry,** v.177, n. 303, p.11, 2000. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/774FF2860FE52D301DE92EECF1ACB492/S0007125000226962a.pdf/violence-risk-prediction-clinical-and-actuarial-measures-and-the-role-of-the-psychopathy-checklist.pdf>. Acesso em: 07 jul. 2022.

DOWBOR, Ladislau. **O capitalismo se desloca:** Novas arquiteturas sociais. São Paulo: Sesc São Paulo, 2020.

DURRIVE, Louis. A atividade humana, simultaneamente intelectual e vital: esclarecimentos complementares de Pierre Pastré e Yves Schwartz. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro: v. 9, supl. 1, p. 47-67, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/BKjMcN37CCMFPRptdD9NgMr/?lang=pt>. Acesso em: 01 dez. 2021.

DURRIVE, Louis; SCHWARTZ, Yves. Revisões temáticas: glossário da Ergologia. **Laboreal**, Porto, v.4, n.1, p.23-28, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.4000/laboreal.11665>. Acesso em: 01 dez. 2021.

ECHTERNACHT, E. Atividade humana e gestão da saúde no trabalho: elementos para reflexão a partir da abordagem ergológica. **Laboreal**, v.4, n.1, p. 46-55, 2008. Disponível em: <https://journals.openedition.org/laboreal/11772#tocto2n1>. Acesso em: 01 mai. 2023.

FALZON, Pierre. **Ergonomia**. São Paulo: Blücher, 2006.

FEUERWERKER, Luara Camargo Macruz; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, n.4, p. 965-971, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/GTVTDR4xB4nMJsmYJYRfYR/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 02 fev. 2022.

FONSECA, Maria Liana. G. **Da prescrição à criação: inteligência prática, produção de cuidado e invisibilidade no trabalho de uma equipe de enfermagem em oncologia**. 2014. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2014.

FONSECA, Maria Liana G.; SÁ, Marilene de Castilho. A insustentável leveza do trabalho em saúde: excessos e invisibilidade no trabalho da enfermagem em oncologia. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. especial, p. 298-306, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2015S005247>. Acesso em: 01 dez. 2021.

FREITAS, João Renan S. **Os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho em profissionais de enfermagem de um hospital universitário, Brasil**. 2007. Dissertação (Mestre em Enfermagem) – Programa de Pós Graduação em Enfermagem – Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande do Sul, 2007.

GAULEJAC, Vincent de. **Gestão como doença social: ideologia, poder gerencialista e fragmentação social**. 3. ed. Ideias & Letras, 2007.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GONDIM, Grácia Maria de Miranda. Do conceito de risco ao da precaução: entre determinismos e incertezas. *In*: FONSECA, Angélica Ferreira; CORBO, Ana D'Andrea. **O território e o processo saúde-doença**. Educação profissional e docência em saúde. A formação e o trabalho do Agente Comunitário de Saúde. Fiocruz, p.87-120. 2007.

GUEDES, Heloísa Helena da S.; CASTRO, Maria Monteiro C. de. Atenção hospitalar: um espaço produtor do cuidado integral em saúde. **Serviço Social em Revista**, Londrina, v. 12, n.1, 2009. Disponível em:

https://www.researchgate.net/publication/307686145_Atencao_hospitalar_um_espaco_produto_do_cuidado_integral_em_saude/citations. Acesso em: 12 dez. 2021

LEMOS, Marilene Brum. **A lógica da produtividade capitalista e suas manifestações na formação do enfermeiro**. 2004. Dissertação (Mestre em Educação) - Programa de Pós Graduação em Educação, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2004.

LORENZETTI, Jorge *et al.* Organização do trabalho da enfermagem hospitalar: abordagens na literatura. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 23, n. 4, p. 1104-1112, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072014001510012>. Acesso em: 12 dez. 2022.

MACIEL, Elvira Maria G. S.; TELLES, Fernando Salgueiro P. Ensaio sobre a relação epistemológica entre probabilidade e método científico. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.16, n. 2, 2000. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2000000200019>. Acesso em: 01 mar. 2022.

MARTINS, Fabiana Zerbieri. **Atividades gerenciais do enfermeiro em centro cirúrgico**. 2013. Dissertação (Mestre em enfermagem) – Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

MARTINS, Mônica. Qualidade do cuidado de saúde. *In*: SOUSA, Paulo; MENDES, Walter. **Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde**. 2ª ed., São Paulo: Editora FIOCRUZ, 2019. p. 27-40. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/tzvzr>. Acesso em: 01 mai. 2023.

MARX, Kal. **O capital**: crítica da economia política. São Paulo: Bertrand Brasil: DIFEL, 1987.

MEIRELLES, Dimária Silva e. O conceito de serviço. **Revista de Economia Política**, Uberlândia, v. 26, n. 1. p. 119-136, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-31572006000100007>. Acesso em: 01 mar. 2022.

MENDES, Davidson Passos. **O Agir competente como estratégia de gestão do risco de violência no trabalho**: o ponto de vista da atividade humana de trabalho dos técnicos de enfermagem de uma instituição pública psiquiátrica. 2014. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014.

MENDES, Davidson Passos; CUNHA, Daisy Moreira. A gestão coletiva do risco de violência e da assistência em uma unidade hospitalar. **Ergologia**, n 17, 2017. Disponível em: <http://www.ergologia.org/numeacutero-17.html>. Acesso em: 08 set. 2022.

MENDES, Davidson Passos; CUNHA, Daisy Moreira. La opacidad del trabajo de enfermería y las configuraciones del riesgo. **Salud Colectiva**, Universidad Nacional de Lanús, 14(4); 725-742, 2018. Disponível em: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652018000400725. Acesso em: 08 set. 2022.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Interdisciplinaridade: Funcionalidade ou utopia? **Revista Saúde e Sociedade**, v.3(2), p. 42-64, 1994. Disponível em:

https://www.researchgate.net/publication/250053903_Interdisciplinaridade_funcionalidade_o_u_utopia. Acesso em: 26 set. 2022.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n. 3, p. 621-626, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300007>. Acesso em: 01 abr. 2022.

MINAYO, Maria Cecília de S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 14 ed. São Paulo: Hucitec Editora, 2014.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; COSTA, Antônio Pedro. Fundamentos Teóricos das Técnicas de Investigação Qualitativa. **Revista Lusófona de Educação**, [Lisboa], n. 40, p. 139-153, 2018. Disponível em: <https://revistas.ulusofona.pt/index.php/rleducacao/article/view/6439>. Acesso em: 01 abr. 2022.

MORIN, Edgar. **A cabeça bem-feita: Repensar a reforma, reformar o pensamento**. 8. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003.

NOUROUDINE, Abdallah. Risco e atividades humanas: acerca da possível positividade aí presente. In: FIGUEIREDO, Marcelo (Org.). **Labirintos do trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo**. Rio de Janeiro: DP&A Editora, 2004. p. 37-62.

OLIVEIRA, Beatriz Rosana Gonçalves de; MUROFUSE, Neide Tiemi. Acidentes de trabalho e doença ocupacional: estudo sobre o conhecimento do trabalhador hospitalar dos riscos à saúde de seu trabalho. **Revista Latino Americano de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 9, n. 1, p. 109-115, 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692001000100016>. Acesso em: 23 mar. 2022.

OLIVEIRA, Simone Santos. Relação de Serviço, telemarketing e saúde: algumas aproximações. In: GOMEZ, Carlos Minayo; MACHADO, Jorge Mesquita H.; PENA, Paulo Gilvane L. **Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2011. p. 517-539.

ORBAN, Edouard. O serviço é um produto? In: DIEESE; C. (Org.). **O trabalho no setor terciário: emprego e desenvolvimento tecnológico**. Campinas, SP: CESIT, 2005. p. 11-20.

PATRÍCIO, Josiane dos Santos; CALVO, Daniel de Souza Costa; MENDES, Davidson Passos; MORAES, Geraldo Fabiano de Souza. A importância do trabalho coletivo na gestão dos riscos do/no trabalho em saúde. **Revista SUSTINERE**, São Paulo, v. 7, n.2, p. 301-323, 2019. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/sustinere/article/view/40502#:~:text=Essas%20estrat%C3%A9gias%20est%C3%A3o%20associadas%20ao,com%20qualidade%20e%20para%20a>. Acesso em: 02 dez. 2022.

PIRES, Denise. Reestruturação produtiva e consequências para o trabalho em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 53, n.2, p. 251-263, 2000. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/dgtGrrvZbR3VRNrsM7qcpJs/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 03 mar. 2022.

PETO, Lucas Carvalho; VERISSIMO, Danilo Saretta. Natureza e processo de trabalho em Marx. **Psicologia e Sociedade**, São Paulo, v. 30, p. 1-11, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2018v30181276>. Acesso em: 02 fev. 2022.

POMBO, Olga. Epistemologia da Interdisciplinaridade. Foz do Iguaçu. **Revista Centro de Educação e Letras**, v.10, n.1, 2008, p.9-40, 2008. Disponível em: <https://e-revista.unioeste.br/index.php/ideacao/article/view/4141/3187>. Acesso em: 03 set. 2022.

POPE, Catherine; MAYS, Nicholas. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. 118 p.

REUS, Lúcia Helena; TITTONI, Jaqueline. The visibility of nursing work in the surgical center through photography. *Interface - Comunicação, Saúde e Educação*, Porto Alegre, v.16, n.41, p. 485-97, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832012005000034>. Acesso em: 03 mar. 2022.

SANNA, Maria Cristina. Os processos de trabalho em Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 2, p. 221-224, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672007000200018>. Acesso em: 03 mar. 2022.

SANTOS, Felipe Kaezer dos; SILVA, Maria Virginia Godouy da; GOMES, Antônio Marcos Tosoli. Conhecendo as formas de cuidar dos enfermeiros de Centro Cirúrgico: Uma construção a partir da teoria fundamentada nos dados. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 23, n. 3, p. 696-703, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072014001140013>. Acesso em: 09 abr. 2022.

SANTOS, Tanise Martins; CAMPONOGARA, Silviamar. Um olhar sobre o trabalho de enfermagem e a ergologia. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 149-163, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462014000100009>. Acesso em: 11 dez. 2022.

SCHWARTZ, Yves. Trabalho e uso de si. **Pro-Posições**, São Paulo, v.1, n.5, p.34-50, 2000.

SCHWARTZ, Yves.; DURRIVE, Louis. Os valores, o fazer coletivo, o ofício. *In:* SCHWARTZ, Yves.; DURRIVE, Louis. (Org.). **Trabalho e Ergologia**: conversas sobre a atividade humana. 2. ed. Niterói, RJ: Fabrefactum, 2009. p. 131-148.

SCHWARTZ, Yves. Uso de si e competência. *In:* SCHWARTZ, Yves.; DURRIVE, Louis. (Org.). **Trabalho e Ergologia II**: diálogos sobre a atividade humana. Niterói, RJ: Fabrefactum, 2010. p. 23-28.

SCHWARTZ, Yves. Manifesto por um ergoengajamento. *In:* BENDASSOLLI, P.; SOBOLL, L. (Org.). **Clínicas do trabalho**: novas perspectivas para a compreensão do trabalho na atualidade. São Paulo: Atlas, p. 133-166, 2011.

SCHWARTZ, Yves. Abordagem ergológica e necessidade de interfaces pluridisciplinares. **ReVEL**, França, n. 11, p. 253-264, 2016. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/107939/2/221665.pdf>. Acesso em: 03 fev. 2022.

SEN, Amartya. **Desenvolvimento como liberdade**. 6ª reimpr. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

SILVA, Elisângela Aparecida da; BORGES, Maria Elisa Siqueira. Os Valores envolvidos no trabalho: Uma pesquisa com servidores de uma agência da previdência social. **Ergologia**, n. 17, 2017. Disponível em: https://www.ergologia.org/uploads/1/1/4/6/11469955/17article_3.pdf. Acesso em: 03 fev. 2021.

SILVA, Maria Osório de Oliveira. **A enfermagem na lógica da hierarquização, da divisão social e técnica do trabalho na sociedade capitalista**: evidências da precarização no processo de trabalho e no processo formativo do trabalhador de nível médio. 2018. Dissertação (Mestre em Educação em Saúde) – Escola Politécnica de saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2018.

SILVA, Michele Ribeiro da. **Constrangimentos ergonômicos em profissionais de enfermagem**: Contribuições da ergonomia em centro cirúrgico. 2018. Dissertação (Mestre em Ergonomia) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2018.

SILVA, Manoel Carlos Neri; MACHADO, Maria Helena. Sistema de saúde e trabalho: desafios para a Enfermagem no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n.1, p. 7-13, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.27572019>. Acesso em: 03 abr. 2022.

SIQUEIRA, Aline Brandão. **Sufrimento, processos de adoecimentos e prazer no trabalho**: as estratégias desenvolvidas pelos docentes no Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Pernambuco na (Re)conquista da sua saúde. 2015. Tese (Doutorado em Ciências Humanas) - Programa de Pós Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

SOUSA, Paulo; MENDES, Walter (orgs). Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras. **Revista e Ampliada**, Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/bskw2>. Acesso em: 27 fev. 2023.

SOUSA, José Raul de; SANTOS, Simone Cabral Marinho. Análise de conteúdo em pesquisa qualitativa: modo de pensar e de fazer. **Pesquisa e Debate em Educação**, Juiz de Fora, v. 10, n. 2, p. 1396-1416, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.34019/2237-9444.2020.v10.31559>. Acesso em: 04 abr. 2022.

SOUZA, MASL. Trabalho em saúde: as (re)configurações do processo de desregulamentação do trabalho. In: DAVI, J.; MARTINIANO, C.; PATRIOTA, L. M. (Org.). **Seguridade social e saúde**: tendências e desafios. 2. ed. Campina Grande: p. 147-174, 2011.

SULZBACHER, Eteiele; FONTANA, Rosane Teresinha. Concepções da equipe de enfermagem sobre a exposição a riscos físicos e químicos no ambiente hospitalar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 1, p. 25-30, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000100004>. Acesso em: 20 mar. 2022.

TELLES, Ana Luiza.; ALVAREZ, Denise. Interfaces ergonomia-ergologia: uma discussão sobre o trabalho prescrito e normas antecedentes, In: FIGUEIREDO, Marcelo (Orgs.).

Labirintos do trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo. Rio de Janeiro: DP&A, 2004. p. 63-90.

TRINQUET, Pierre. Trabalho e educação: Método ergológico. **Revista HISTEDBR**, Campinas, v.10, n 38E, p. 93-113, 2010. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/histedbr/article/view/8639753>. Acesso em: 07 dez. 2021.

APÊNDICE I - Termo De Consentimento Livre e Esclarecido Nº _____**PESQUISADORES ENVOLVIDOS:**

Você está sendo convidado(a) a participar como voluntário da pesquisa *“Da prescrição à construção de competências profissionais. O trabalho invisível dos enfermeiros do Centro Cirúrgico de um hospital interiorano de Minas Gerais”*. Leia com calma, atenção e tempo o presente termo. Tal estudo é importante, pois tem o objetivo de analisar o seu trabalho de enfermagem, neste hospital, tendo como ênfase, compreender as formas de gerir as variabilidades, individuais e/ou coletivas, que possam surgir durante a sua jornada de trabalho. Em um segundo momento, observar como os trabalhadores se organizam na tentativa de antecipar ações e transformar os meios para controlar as disfuncionalidades. Dessa forma, este trabalho tem como objetivo geral identificar as lacunas existentes entre as normas antecedentes e a atividade real de trabalho (dos profissionais de enfermagem do setor do CC), bem como se fazer revelar as estratégias individuais e/ou coletivas utilizadas na gestão de saúde, da segurança, da qualidade e da produtividade no contexto analisado.

Participação no estudo

A sua participação no estudo referido será da seguinte forma: serão feitas análises da execução de suas atividades rotineiras de trabalho. Você será convidado a responder questões que envolvam suas tarefas e condições de trabalho, bem como aspectos relacionados às suas condições de saúde.

Riscos

É possível que aconteçam os seguintes desconfortos e riscos: constrangimento do trabalhador, devido à presença da pesquisadora no contexto produtivo; não compreensão das perguntas acerca dos levantamentos a serem questionados; exposição com comprometimento da privacidade durante as entrevistas; risco de rompimento do sigilo e confidencialidade das respostas; sobrecarga de atividades, sobre os quais, medidas de providências e cautelas serão empregadas pela pesquisadora, para evitar e/ou reduzir os efeitos e as condições adversas, que possam causar dano ao participante da pesquisa, tais como, respectivamente: a pesquisadora compromete-se a não interferir nos processos de atendimento a serem executados pelo profissional participante, mantendo-se a uma distância apenas para observação das atividades desenvolvidas; todos os objetivos e procedimentos dessa pesquisa serão esclarecidos aos participantes até que os mesmos, não tenham dúvidas que comprometam ou provoquem questionamentos em relação aos procedimentos e à sua participação nessa pesquisa, além disso,

todos os dados obtidos serão armazenados e destruídos após a análise dos resultados, ao término da pesquisa; todas as entrevistas serão realizadas de forma individual em local determinado pelo participante e coordenação do serviço, sendo restrita a participação ou entrada de outras pessoas durante a realização das entrevistas; os profissionais participantes receberão um código individualizado no qual somente os pesquisadores terão conhecimento da correspondência em nível nominal; possíveis desconfortos aos profissionais participantes durante a etapa da entrevista de auto confrontação; o participante escolherá o melhor horário, aquele que lhe for conveniente para participar da pesquisa, a fim de evitar a sobrecarga de atividades. Também com o intuito de propor uma redução, caso sinta algum tipo de desconforto ou risco você poderá sair do estudo quando quiser sem qualquer prejuízo a você.

Benefícios

A pesquisa possivelmente trará benefícios, tais como: conhecimento de práticas de enfrentamento pelos trabalhadores frente aos riscos encontrados no ambiente laboral, a partir de suas condições reais de execução, poderão contribuir para reconfigurar práticas e saberes já estabelecidos, possibilitando uma melhor gestão do trabalho, em todos os seus aspectos, organizacional, técnico e humano, e isso permitirá minimizar de forma mais eficiente os riscos de acidentes e de adoecimentos no ambiente de trabalho.

Assim, após a compilação e validação dos dados, serão fornecidos os resultados a cada participante da pesquisa, como também aos gestores e administradores do hospital para conhecimento da pesquisa acadêmica na instituição analisada, no intuito de dar visibilidade ao processo de trabalho, criar possibilidades de regulações individuais e coletivas para a gestão dos processos e das condições de saúde e segurança.

Sigilo e Privacidade

Como participante de pesquisa, sua privacidade será respeitada, seu nome e qualquer outro dado que possa te identificar serão mantidos em sigilo. Os pesquisadores se responsabilizam pela guarda e confidencialidade das informações, bem como a não exposição dos dados de pesquisa, preservando assim o anonimato destes dados, durante todas as fases da pesquisa. Os dados obtidos são serão utilizados para outros fins que não seja o explícito neste termo.

Para assegurar o sigilo e a privacidade das informações, você receberá um código de identificação ao entrar no estudo e seu nome não será revelado em nenhuma situação, não sendo assim exposta a sua identidade.

Autonomia

Será garantida assistência a você de forma imediata, integral e gratuita, durante, após e/ou na interrupção da pesquisa. Assim como o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos sobre o estudo e suas consequências, ou seja, tudo o que queira saber antes, durante e depois de sua participação. Você terá o acesso aos resultados da pesquisa a qualquer momento e sempre que solicitar, exceto se houver justificativa metodológica para tal (caso a informação venha a interferir nos métodos ou no desfecho da pesquisa), apreciada e aprovada pelo Sistema CEP/CONEP. Você tem plena liberdade de se recusar a ingressar no estudo ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem precisar se justificar e sem penalização alguma por parte dos pesquisadores ou da instituição.

Além disto, você tem o direito de se retirar do estudo a qualquer momento e não querer disponibilizar mais qualquer tipo de informação ao pesquisador responsável e à sua equipe.

Ressarcimento e indenização

Caso você tenha qualquer despesa decorrente da participação na pesquisa, haverá ressarcimento dos valores gastos da seguinte forma: o valor gasto será ressarcido a você por meio de dinheiro em espécie, mediante comprovação do gasto. De igual maneira, caso ocorra algum dano decorrente de sua participação no estudo, você será devidamente indenizado, conforme determina a lei.

Contato

Os pesquisadores envolvidos com o referido projeto são:

Miriane Andrade Moraes, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento, Tecnologias e Sociedade na Universidade Federal de Itajubá (UNIFEI), inscrita no CPF: 082.208.566-61, pelo *Prof. Dr. Davidson Passos Mendes*, professor e orientador da pesquisa pela Universidade Federal de Itajubá - UNIFEI, inscrito no CPF: 955.922.026-87. *Prof. Dr. Geraldo Fabiano de Souza Moraes*, professor e coorientador da pesquisa pela Universidade Federal de Itajubá - UNIFEI, inscrito no CPF: 780.281.836-20. Com eles você pode manter contato pelos telefones: Miriane (31) 9.87952922 - Davidson (31) 9.9232-1638 - Geraldo (31) 9.8850-2551, e pelos e-mails mirianemoraes38@gmail.com; davidsonpmendes@gmail.com e geraldofsmoraes@gmail.com.

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) é composto por um grupo de pessoas que trabalham para garantir que seus direitos como participante de pesquisa sejam respeitados. O grupo tem a obrigação de avaliar se a pesquisa foi planejada e se está sendo executada de maneira ética.

Se você achar que a pesquisa não está sendo realizada de tal forma ou que está sendo prejudicado de alguma maneira, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da FEPI, coordenado pelo Prof. Me. Leonardo José Rennó Siqueira e situado na Av. Dr. Antônio Braga Filho, número 687, Bairro Varginha, pelo telefone (35) 3629-8400 ramal 430, ou pelo e-mail cep@fepi.br.

Consentimento

Entendi todas as informações presentes neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e tive a oportunidade de discutir as informações relacionadas à pesquisa. Todas as minhas perguntas foram respondidas e eu estou satisfeito com as respostas. Entendo que receberei uma via assinada e datada deste documento e que outra via assinada e datada será arquivada pelo pesquisador responsável do estudo. Você poderá solicitar o acesso ao registro do consentimento sempre que necessário.

Por fim, fui orientado a respeito do que foi mencionado neste termo e compreendo a natureza e o objetivo do estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico a receber ou a pagar por minha participação.

Li e concordo em participar da pesquisa.

Dados do Participante de Pesquisa	
Nome:	
Telefone:	
E-mail:	

Itabira, _____ de _____ de 2022

Assinatura do Participante da Pesquisa

Assinatura do Pesquisador

Comitê de Ética em Pesquisa – Fundação de Ensino e Pesquisa de Itajubá - FEPI
Av. Doutor Antônio Braga Filho, 687, sala 505, bloco 500 - Campus do Centro Universitário de Itajubá - Bairro Varginha - Itajubá - Minas Gerais - CEP 37.501-002 - Tel. (35) 3629.8400 ramal: 430. E-mail: cep@fepi.br

APÊNDICE II - Entrevista Semi Estruturada

1 - PERFIL SÓCIODEMOGRÁFICO				3- SAÚDE FÍSICA E MENTAL			
1.1 Idade:		1.2 Sexo: () Feminino () Masculino		3.1 () sim, quais?			
1.3 Estado Civil:	() Solteiro(a)	() de 1 a 2 SM	() de 1 a 2 SM	Passou por algum tratamento médico em função de algum problema de saúde? () não () insônia () nervosismo () dor de estômago () cansaço físico e mental () dor nas costas () dor nos braços () esquecimento () pressão alta			
	() Casado(a)	() de 2 a 3 SM	() de 2 a 3 SM				
Civil:	() Divorciado(a)	1.4 Renda pessoal: () de 2 a 3 SM	1.5 Renda familiar: () de 2 a 3 SM	3.2 Teve alguma doença ocupacional diagnosticada pelo médico? Qual?			
	() Viúvo(a)	() de 3 a 5 SM	() de 3 a 5 SM				
1.6 Nº de filhos:		1.7 Cargo:		3.3 Teve alguma doença ocupacional reconhecida pela previdência?			
1.8 Pós graduação em:							
1.9 Tempo de trabalho na profissão:		E na instituição?		3.4 Qual tipo? Sofreu algum tipo de acidente de trabalho? () sim () não			
2 - CONDIÇÕES DE TRABALHO							
2.1 Possui mais de um emprego?	() não () sim, qual?	Carga horária semanal	2.2 Em qual(is) turno(s) trabalha?	3.5 Você faz uso de algum medicamento? Qual?	3.6 Com relação a tipo de agressão ou ameaça praticado por diversos agentes. 1-nunca 2-uma vez 3-algumas vezes 4-com frequência () pacientes () acompanhantes () colegas de trabalho () colegas de outro setor		
2.3 Tipo de vínculo na instituição:	Jornada de trabalho:	2.5 Quais ações ou quais tarefas você deve executar na sua função?		3.7 Que sensações você tem quando pensa e/ou fala da profissão de enfermagem de acordo com a seguinte escala: () raiva () poder () alegria () insegurança () abandono () dúvida () frustração () dever cumprido () impotência () reconhecimento () satisfação () esperança () tristeza () compromisso () prazer () contribuição			
2.4 Você faz horas extras além da carga horária de trabalho na instituição?	É remunerado por horas extras?						
2.6 Como é a sua rotina no trabalho?				4 - AMBIENTE DE TRABALHO			
2.7 Precisa de mais tempo para executar uma tarefa?				4.1 O que você considera mais penoso em sua atividade de () carga física () carga psíquica (mental) () dificuldade de tomar decisões	4.2 Na equipe de saúde, há relação emocional entre: () profissional - profissional () profissional - paciente () profissional - família		
				4.3 Você tem autonomia no seu posto de trabalho? () Não () Sim	4.4 Você acha que há riscos no seu trabalho? () Não () Sim. Quais?	4.5 Qual é a sua relação com a equipe multidisciplinar?	
2.8 Sente-se sobrecarregado(a) de trabalho e/ou responsabilidades que assume na instituição?				4.6 Em algum setor do CC você considera o trabalho desgastante? Porque?			
2.9 Para os item abaixo, assinale, se for o caso, de que forma o seu ambiente de trabalho se torna ameaçador. Responda de acordo com a seguinte escala:	1- nunca 2-às vezes 3- frequentemente 4- sempre	() violência () mudança de setor () diminuição/aumento da carga de trabalho () assédio sexual () exigência no cumprimento dos prazos () outros. Especifique		4.7 Existe riscos no que você faz? Se sim, quais?			
		4.8 Como você gere estes riscos?					