

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Faculdade de Educação
Programa de Pós-Graduação em Educação: Conhecimento e Inclusão Social

Sílvia Dalmázio Fonseca

**GESTÃO DO RISCO NO SETOR DE URGÊNCIA DO HOSPITAL PÚBLICO:
reconhecimento, saberes e valores na atividade humana dos auxiliares e
técnicos de enfermagem**

Belo Horizonte
2019

Sílvia Dalmázio Fonseca

**GESTÃO DO RISCO NO SETOR DE URGÊNCIA DO HOSPITAL PÚBLICO:
reconhecimento, saberes e valores na atividade humana dos auxiliares e
técnicos de enfermagem**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação: Conhecimento e Inclusão Social da Faculdade de Educação da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestra em Educação.

Orientadora: Profa. Dra. Daisy Moreira Cunha

Belo Horizonte
2019

F676g
T

Fonseca, Sílvia Dalmázio, 1967-
Gestão do risco no setor de urgência do hospital público
[manuscrito] : reconhecimento, saberes e valores na atividade humana /
Sílvia Dalmázio Fonseca. -- Belo Horizonte, 2019.
194 f. : enc, il., color.

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

Orientadora: Daisy Moreira Cunha.

Bibliografia: f. 167-178.

Anexos: f. 179-194.

1. Educação -- Teses. 2. Enfermeiros -- Avaliação de riscos --
Teses. 3. Enfermeiros -- Ergonomia -- Teses. 4. Enfermeiros -- Ambiente
de trabalho -- Teses. 5. Hospitais -- Administração de pessoal -- Teses.
6. Segurança do trabalho -- Teses. 7. Pessoal da área médica --
Treinamento -- Teses. 8. Saúde pública -- Avaliação de riscos -- Teses.

I. Título. II. Cunha, Daisy Moreira, 1964-. III. Universidade Federal
de Minas Gerais, Faculdade de Educação.

CDD- 363.11961073

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

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



ATA DA DEFESA DA DISSERTAÇÃO DA ALUNA SILVIA DALMAZIO FONSECA

Realizou-se, no dia 27 de março de 2019, às 10:00 horas, Sala 402, da Universidade Federal de Minas Gerais, a 1332ª defesa de dissertação, intitulada *GESTÃO DO RISCO NO SETOR DE URGÊNCIA DO HOSPITAL PÚBLICO: reconhecimento, saberes e valores na atividade humana de trabalho dos técnicos de enfermagem*, apresentada por SILVIA DALMAZIO FONSECA, número de registro 2016654990, graduada no curso de PSICOLOGIA, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em EDUCAÇÃO - CONHECIMENTO E INCLUSÃO SOCIAL, à seguinte Comissão Examinadora: Prof(a). Daisy Moreira Cunha - Orientador (UFMG), Prof(a). Antonia Vitoria Soares Aranha (UFMG), Prof(a). Mariana Verissimo Soares de Aguiar e Silva (PUC-MG).

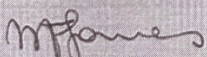
A Comissão considerou a dissertação: aprovada, destacando a relevância da temática tratada.

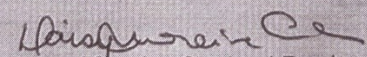
A Banca sugeriu e o candidato acatou a mudança de título de dissertação para: _____

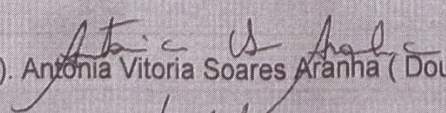
Gestão do risco no setor de urgência do hospital público: reconhecimento, saberes e valores na atividade humana dos Auxiliares e Técnicos de
Finalizados os trabalhos, lavrei a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos membros da Comissão.

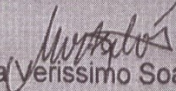
Belo Horizonte, 27 de março de 2019.

Enfermagem


Prof(a). Maria de Fátima Cardoso Gomes – Coordenadora do Programa


Prof(a). Daisy Moreira Cunha (Doutora)


Prof(a). Antonia Vitoria Soares Aranha (Doutora)


Prof(a). Mariana Verissimo Soares de Aguiar e Silva (Doutora)

Dedico esse estudo a todos os servidores, que de alguma forma, estão envolvidos no exercício do cuidar dedicado aos usuários dos serviços de urgência e emergência no setor de saúde.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos os servidores da UFMG, em especial aos do departamento de Pós-Graduação da FAE e aos prestadores de serviços no Pronto Atendimento do Hospital das Clínicas da UFMG.

Agradeço a Professora Dra. Daisy Cunha pelo acolhimento da proposta de estudo, suas brilhantes pontuações e seu trato na orientação durante o percurso desse trabalho.

Agradeço ainda, pela oportunidade de evidenciar uma pequena parte do trabalho produzido pelos profissionais da enfermagem, que são sem dúvida alguma, o CORPO/ALMA que mais contribui para o reestabelecimento da saúde dos pacientes no complexo setor de urgência de um hospital.

“Aqueles corredores operavam nos internos um desconforto notável. Muito do que viam não era previsto nas teorias sobre as emergências médicas, não cabia no livro rosa que carregavam para cima e para baixo. Muitos internos eram colocados em ocasiões em que suas palavras faltavam, não necessitando apenas encaixar o discurso dentro da semiologia médica, por exemplo. Os usuários não apresentavam demanda de conceitos, e, no final das contas, para muitos, só o medicamento também não bastava. Aqueles dias torceram o corpo daqueles internos e os colocaram no centro da problemática separação (acadêmica) entre a teoria e a prática, entre prescrito e real” (FERRI, 2013, p. 65).

RESUMO

A pesquisa vem apresentar uma de investigação sobre o reconhecimento, saberes e valores dos Auxiliares e Técnicos de enfermagem frente à gestão do risco e das variabilidades do seu dia a dia de trabalho no setor de urgência/emergência do hospital público. A proposta foi de analisar quais articulações são colocadas em movimento e como os elementos da ordem do investido na história desses servidores, são mobilizados, negligenciados, menosprezados ou até mesmo abandonados no desempenho da atividade humana de trabalho no setor de serviços de urgência/emergência. Lugar, que se apresenta com um dos mais críticos do hospital em relação à qualidade de atendimento ao usuário de forma acolhedora e resolutiva. Enfatizar os saberes investidos desses servidores da saúde indica um olhar diferenciado para com as maneiras que esses profissionais gerenciam a real atividade de trabalho em um ambiente muitas vezes controverso a proposta da própria saúde. Para discorrer sobre a atividade humana de trabalho busca-se apoio na abordagem Ergológica de Yves Schwartz, que elege a atividade como excelência para perceber, compreender e transformar positivamente as relações de trabalho. O autor nos apresenta a Epistemologia Ergológica como usinagem de elementos que nos amparam no entendimento da atividade industrial em situação na sua totalidade, que se encerra em um dispositivo de reflexão que agrupa os protagonistas da situação de trabalho, com o diferencial de convocar conhecimentos multidisciplinares através de enfoques plurais.

Palavras-chave: atividade de trabalho; enfermagem; Ergologia; hospital; saberes; valores.

ABSTRACT

The research presents an investigation about the recognition, knowledge and values of nursing Auxiliaries and Technicians in relation to risk management and the variability of their day-to-day work in the urgency/emergency sector of the public hospital. The proposal was to analyze which articulations are put into motion and how the elements of the order invested in the history of these servers are mobilized, neglected, neglected or even abandoned in the performance of human work activity in the urgency/emergency services sector. Place that presents itself with one of the most critical of the hospital in relation to the quality of care to the user in a warm and resolute way. Emphasizing the vested knowledge of these health servants indicates a differentiated look at the ways in which these professionals manage the actual work activity in an environment often controversial to their own health proposal. In order to discuss the human activity of work, we seek support in the Ergological approach of Yves Schwartz who selects the activity as excellence to perceive, to understand and to transform positively the labor relations. The author presents us the Ergological Epistemology as machining of elements that support us in the understanding of the industrious activity in situation in its entirety, is a reflection that brings together the protagonists of the work situation with the differential of convening multidisciplinary knowledge through plural approaches.

Keywords: Ergology; hospital; knowledge; nursing; values; work activity.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – META 1 - Identificar os pacientes corretamente	74
Figura 2 – Cartaz de alerta aos servidores sobre o uso de adornos	75
Figura 3 – Capacitação dos servidores da UFMG	77
Figura 4 – Classificação de Risco segundo Protocolo de Manchester	94
Figura 5 – Fluxograma da Regulação Médica	113
Figura 6 – Classificação atual do Manchester	116
Figura 7 – Fluxograma da Classificação de Risco no PA do HC	116
Figura 8 – Fluxo do paciente no Corredor	118
Figura 9 – Painel de avisos na Sala de medicação	121
Figura 10 – Lixeira de resíduo comum com saco de lixo na cor azul	123
Figura 11 – Lixeira de resíduo biológico com saco de lixo na cor branca	123
Figura 12 – Recipientes para descarte de material hospitalar	125

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADM	Servidor administrativo
AUX	Auxiliar de Enfermagem
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APST	Análise Pluridisciplinar das Situações de Trabalho
CGE	Chefia Geral de Enfermagem
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
Cofen	Conselho Federal de Enfermagem
Coren-MG	Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais
CRM	Conselho Regional de Medicina
DD3P	Dispositivo Dinâmico de Três Pólos
DTE	Divisão Técnica de Enfermagem
DU	Diploma Universitário
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
ENF	Enfermeiro
FUNDEP	Fundação de Desenvolvimento da Pesquisa
GESQUALIS	Gestão pela Qualidade em Saúde
HC	Hospital das Clínicas
HMOB	Hospital Municipal Odilon Behrens
HU	Hospital Universitário
JCI	Joint Commission International
OCT	Organização Científica do trabalho
PA	Pronto Atendimento
PNH	Política Nacional de Humanização
PROCAP	Programa de capacitação profissional
PRORH	Pró-Reitoria de Recursos Humanos da UFMG
REHUF	Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários
RJU	Regime Jurídico Único
SUS	Sistema Único de Saúde
TEC	Técnico de Enfermagem
UDC	Unidade de Decisão Clínica
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
VDTE	Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 CAMINHOS DA PESQUISA	16
2.1 Pontuações sobre o percurso da pesquisa	16
2.2 Procedimentos metodológicos	19
3 ERGOLOGIA UMA ABORDAGEM EM CONSTRUÇÃO.....	28
3.1 Algumas contribuições para a epistemologia ergológica.....	28
3.2 Trabalho e atividade conceitos sempre inacabados.....	40
3.3 Dispositivo Dinâmico de Três Pólos DDP3.....	52
4 ERGOLOGIA E A FORMAÇÃO NO CAMPO DA SAÚDE	55
4.1 A Ergologia.....	55
4.2 O trabalho do profissional de enfermagem e a urgência da atividade.....	58
4.3 Quanto à formação dos profissionais de saúde	59
4.4 A capacitação do profissional de saúde	64
4.4.1 As atribuições dos servidores na legislação e normas institucionais	64
4.4.2 Capacitação continuada do servidor da saúde no HC da UFMG	67
4.4.3 Acreditação do Hospital das Clínicas	71
5 HISTÓRICO DO PRONTO ATENDIMENTO DE 1995 A 2018	80
5.1 Processos de reestruturação e as reformas sanitárias no Brasil.....	80
5.2 Transformações institucionais no Hospital Universitário da UFMG.....	81
5.3 As etapas de mudança no contexto organizacional no PA do HC	86
5.4 As reformas estruturais no PA do HC de 2007 a 2014.....	96
5.4.1 A primeira etapa de 2007 a 2008	96
5.4.2 A segunda etapa de 2008 a 2012	99
5.4.3 A terceira etapa de 2012 a 2014	102
5.5 A implantação da EBSEH no Hospital das Clínicas da UFMG	105
6 O PRONTO ATENDIMENTO E CAMPO DE PESQUISA.....	107
6.1 Estruturas físicas do Pronto Atendimento atual.....	107
6.2 Fluxo do paciente no Pronto Atendimento.....	109
6.3 Perfil do paciente que chega ao PA do HC	109
6.4 A entrada do paciente no PA.....	111
6.5 A Classificação de Risco e o perfil do paciente atendido no PA	114
6.6 Fluxos do paciente da observação da Ala Sul do PA.....	117

7 DETALHES E ANÁLISE DOS DADOS	119
7.1 A sala de medicação	119
7.2 A atividade real de trabalho dos servidores do PA do HC da UFMG	125
7.3 A Atividade de trabalho do servidor Auxiliar de Enfermagem.....	126
7.3.1 Episódio 01: relato da observação de uma ocorrência na sala de medicação	136
7.3.2 Episódio 02: relato da admissão do paciente pelo Auxiliar de Enfermagem ..	138
7.3.3 Episódio 03: relato da alta do paciente pelo Auxiliar de Enfermagem.....	140
7.4 A Atividade de trabalho do servidor Técnico de Enfermagem.....	141
7.4.1 Administração de hemocomponente: uma prática realizada no PA	146
7.5 Setor de urgência no PA: Consultórios, Corredor e Superlotação	150
7.5.1 Normatizações nos Consultórios.....	151
7.5.2 Normatizações no Corredor	155
7.5.3 Normatizações na Superlotação	162
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	165
REFERÊNCIAS.....	167
ANEXOS	179

1 INTRODUÇÃO

Apresentamos o seguinte trabalho ao Programa de Pós-graduação em Educação (PPGE): Conhecimento e Inclusão Social da Faculdade de Educação (FAE) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), na linha de pesquisa Política, Trabalho e Formação Humana, que sugere estudos que direcionam para a investigação da relação entre trabalho e as sociabilidades dele decorrentes. Vertente que tem a proposta de análise psicossocial que destaque as repercussões da atividade humana de trabalho e as transformações atuantes na situação laboral.

Esse contexto vem de encontro com a proposta de análise e investigação pautada por essa dissertação, que tem como foco, um estudo sobre o reconhecimento social, valores e saberes, na gestão do risco na atividade humana de trabalho dos técnicos administrativos de enfermagem, servidores públicos da saúde, que trabalham no setor de serviços da unidade de urgência/emergência, o Pronto Atendimento (PA) do Hospital das Clínicas (HC)¹ de Belo Horizonte (BH) vinculado a UFMG.

O objetivo maior desse estudo: será o de tecer uma apreciação discursiva sobre a gestão do risco na atividade humana de trabalho, no setor de serviços de urgência do PA do HC. Sob o ponto de vista Ergológico, analisar através dessa epistemologia, os saberes e valores que circulam nesse ambiente de trabalho, como suporte frente às normas e normalizações organizacionais.

O decurso dessa dissertação será organizado em seis capítulos. No primeiro capítulo, serão pontuadas as questões que direcionaram a autora dessa pesquisa para a realização do estudo da gestão do risco na execução da atividade humana de trabalho dos profissionais no setor de urgência do hospital. Serão discorridos, neste mesmo capítulo, os métodos empregados para a observação e coleta dos dados, bem como o aporte teórico utilizado para descrever o objeto da pesquisa.

¹ HC/UFMG é responsável por 7,33% das internações de média complexidade e 17,81% das internações de alta complexidade ocorridas mensalmente no município de Belo Horizonte. Possui Pronto-Socorro com porta aberta e integrado à Rede de Urgências e Emergências de Belo Horizonte, sendo referência para Unidades de Pronto Atendimento e hospitais da rede para várias especialidades, como neurocirurgia, cirurgia pediátrica e cardiologia. Possui 59 credenciamentos especializados, mais de 100 ambulatórios de subespecialidades e é referência em transplantes e alta complexidade em cardiologia, neurocirurgia e obesidade mórbida, entre outras áreas. Em Minas Gerais, é o único a realizar rotineiramente transplantes de coração, fígado e pulmão e o principal centro transplantador do estado. (UFMG, 2010, p.02).

No segundo capítulo será apresentada a abordagem Ergológica, seu surgimento no final da década de 70 e as principais contribuições para essa episteme. Consistiu em dialogar com o importante percurso filosófico que Yves Schwartz transitou para fundamentar conceitos como a influência da epistemologia da vida em Georges Canguilhem, as contribuições da práxis de Ivar Oddone, com o Movimento Operário na Itália, quando evidencia a *Comunidade Científica Ampliada* colocando a experiência do trabalhador para problematizar o mundo do trabalho. Posteriormente, a contribuição da Ergonomia, vislumbrando o hiato entre o prescrito e o real, a atividade de trabalho, no território da experiência operária. A próxima seção discorrerá sobre o tratamento sobre os conceitos, segundo o pensamento de Schwartz, que recolocando em instrução o próprio *métier*, sugere a necessidade de *reinterrogar* o conceito de trabalho a partir dos impasses de significados, apontando ressalvas sobre a origem, a simplificação e a divisão do trabalho.

O terceiro capítulo apresentará a contribuição da Ergologia como uma abordagem que tem o objetivo de compreender a atividade humana e de ir ver de perto sob quais condições a atividade laboriosa se realiza efetivamente. Enfatizando o debate de valores, os saberes e as dramáticas do *uso de si*. Pontuando que a prescrição é necessária para que sejam atingidos os objetivos propostos na organização. No entanto, trabalhar exige escolhas, um drama a ser vivenciado. Quanto à formação no campo da saúde, destacando aqui, o profissional da enfermagem e as capacitações sinalizando a carência de políticas de gestão com novas posturas sobre essa visibilidade da atividade de trabalho. O reconhecimento do investimento pessoal requer outras estratégias, que viabilizem a participação dos atores da situação de trabalho, na construção de conhecimento. Essa possibilidade favorece a abertura de espaço para a escuta permanente da realidade de trabalho, podendo, ainda que parcialmente, integrar as lições da experiência e da real situação de trabalho, que também são produtora de saberes.

No quarto capítulo será dedicado a recortes do histórico do PA do HC da UFMG no período de 1995 a 2018. Para tanto, será apontado o percurso de processos de reestruturação e as reformas sanitárias no campo da saúde no Brasil, enfatizando as políticas de saúde implantadas pelo estado até a efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS). Posteriormente, será discutido sobre as transformações institucionais no hospital universitário da UFMG, norteadas pelas adequações, normatizações de Leis e Ofícios. Também serão situados alguns

fragmentos que levaram a compreender a implantação do PA no HC e conseqüentemente, as diversas mudanças ocorridas nessa unidade do hospital, na sua estrutura física e na gestão organizacional, referenciando sobre essas reformas no curso da seção.

No quinto capítulo será descrito o campo de pesquisa na atualidade, como o funcionamento da unidade, a estrutura física, o ambiente ocupacional, o perfil do usuário do serviço de urgência, o fluxo do serviço para esse usuário, entre outros. A intenção nessa seção será de adquirir um conhecimento sobre a dinâmica institucional de acolhimento ao usuário e a prestação do serviço de urgência em saúde característica da unidade.

O sexto e último capítulo discorrerá sobre a atividade de trabalho dos Auxiliares e Técnicos de Enfermagem no gerenciamento do serviço prestado na unidade de urgência. Nessa seção, estarão elencados os espaços que são divididos e que, ao mesmo tempo, influenciam na lógica das atividades de trabalho dos servidores. Apresentará a análise dos dados pelo viés da percepção dos servidores, através das entrevistas e pela observação da situação real do trabalho executado pelos mesmos nesse espaço. Revelando as estratégias de gestão utilizada por esses servidores ao lidar com o imprevisível e o invivível das *normas antecedentes* na urgência, desde os procedimentos inesperados até os processos mais simples de cuidados de enfermagem para com o paciente. Por fim, as considerações finais desse estudo.

2 CAMINHOS DA PESQUISA

As reflexões assentadas nessa dissertação de mestrado têm suas origens na questão central sobre a atividade humana de trabalho no setor de saúde, com interrogações sobre o processo de trabalho e atuação dos trabalhadores neste campo.

Realizar um estudo sobre a atuação dos trabalhadores da saúde no enfrentamento dos riscos que se apresentam no setor de urgência do hospital mostrou-se como uma pretensão dessa pesquisadora desde a sua graduação em Psicologia (2005), quando vem se debruçando na busca em encontrar uma abordagem que aproximasse de tais questões e auxiliasse na compreensão sobre o trabalho vivo e a atividade em situação. Sem a pretensão de ostentar, mas sim, colocar em palavras os eventos que mobilizaram as *dramáticas do uso de si*.

2.1 Pontuações sobre o percurso da pesquisa

A intenção aqui será a de dar visibilidade a episódios que poderão contribuir na compreensão do objeto encaçado, como consequência, a produção desse trabalho. Conforme o autor, “isto significa que deve aprender a usar sua experiência de vida em seu trabalho intelectual: examiná-la e interpretá-la continuamente” (MILLS, 2009, p. 22). Molda a si mesmo, pela influência da experiência passada que afeta o presente e que define a capacidade de experiências futuras. Segue um breve esboço da trajetória que levou a esse momento.

A primeira oportunidade de discorrer sobre o assunto foi através da produção de um trabalho de conclusão do curso de pós-graduação em Psicologia do Trabalho na Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas (FAFICH) da UFMG (2009/2011)², quando nesse caminho obteve-se um primeiro contato com as disciplinas situadas no campo teórico das Clínicas do Trabalho, em especial a francesa. Entre essas, a Abordagem Ergológica teve um destaque no interesse da pesquisadora dessa dissertação. Especificamente para esse trabalho, o procedimento metodológico de estudo foi atravessado pela abordagem da Clínica da Atividade de Yves Clot³.

² TCC - **O trabalho como operador da saúde; a história de “morena”** (2011). Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas (FAFICH/UFMG).

³ CLOT, Yves – **Clínica da Atividade – A função psicológica do trabalho** (2007).

Teceu-se um esboço sobre o trabalho como operador da saúde, na abordagem do estudo de caso de uma trabalhadora sobre a superação de um momento depressivo da etapa de sua vida, quando o trabalho foi um aporte fundamental nesse processo. Salientando assim, um ponto de vista sobre a saúde no trabalho diferente da perspectiva epidemiológica do sofrimento no trabalho de filiações paradigmáticas tão arroladas nas últimas décadas e que ainda hoje fazem frente às principais pesquisas sobre trabalho.

A Clínica da Atividade tem contribuições oriundas da Psicossociologia na compreensão do agir na atividade, ilustrando outras dimensões de interesse sobre o trabalho, indicando um entendimento construtivo, positivo e criativo pelo poder da ação do sujeito com extensões não patologizantes. Conforme os autores descrevem:

Nessa perspectiva, entende-se que a subjetividade é construída pela e na atividade. Reconhecendo que o coletivo regula a ação individual, de modo que o trabalho permeia, simultaneamente, a dimensão da história singular e da história de um ofício (de construção coletiva de um gênero). O reconhecimento, diferentemente da compreensão da psicodinâmica do trabalho, não se refere ao olhar do outro, mas a capacidade do sujeito em reconhecer a si mesmo na atividade (BENDASSOLLI; SOBOLL, 2011a, p.10).

Nela, este é entendido como um conjunto de provas, e não como algo a propiciar restrições e fatores inexoravelmente patogênicos. Tais provas são originárias do real da atividade e das relações com outras pessoas que nela intervêm, para não mencionar sua origem no interior do próprio sujeito, marcado por seus projetos, aspirações e pré-ocupações⁴.

O contato com a filosofia Ergológica por meio da Clínica da Atividade de Clot foi um marco importante, no entanto, foi a leitura reflexiva de um texto de Yves Schwartz: Manifesto por um ergoengajamento⁵, que aguçou um interesse maior, por esboçar um modo particular de apresentar elementos que permitissem uma abordagem diferenciada sobre o trabalho.

Esse endereçamento que levou essa pesquisadora a adotar a Epistemologia Ergológica na filosofia desse autor, pois, iluminou a direção de escolha metodológica para a compreensão das nuances que circulam no ambiente de trabalho, por se tratar de uma abordagem teórica e metodológica com uma perspectiva que não hierarquiza os saberes de trabalhadores e estudiosos dos conceitos científicos. Ao

⁴ BENDASSOLLI Pedro F; SOBOLL, Lis Andrea P. **Clinicas do trabalho: filiações, premissas e desafios**. 2011b, p. 65.

⁵ "Título original Manifeste pour un ergo-engagement" (SCHWARTZ, p.132, 2011).

contrário disso, aproxima os universos dos acadêmicos aos dos protagonistas da situação de trabalho. Compreendendo que o saber não está postulado em lugares polarizados.

Essa proposta enunciada por Schwartz conduz a análise coletiva do trabalho, sem menosprezar os saberes da experiência construídos em *aderência* na atividade de trabalho, compreendendo o trabalho através da contribuição de todos os envolvidos. As leituras sobre os estudos desenvolvidos por esse autor serviram de suporte para apresentar a proposta de um Projeto de Intervenção (2012/2013)⁶, como requisito parcial para conclusão do curso de Pós-graduação em Gestão de Instituições Federais de Educação Superior (GIFES)⁷ da Faculdade de Educação (FAE) da UFMG, ofertado aos servidores técnicos administrativos em educação da UFMG.

O objetivo maior desse curso foi e ainda é, o de estimular a qualificação desses servidores. O curso fomenta a criação de projetos de intervenção, com foco na ação transformadora dos processos de trabalho. Sempre direcionados para promover a melhoria no ambiente de trabalho, bem como o aprimoramento institucional, incentivando assim novas práticas de gestão na universidade.

Para essa oportunidade, foi produzido um projeto de grupo de encontro de trabalho⁸ engajado às propostas da Ergologia com ênfase no Dispositivo Dinâmico de Três Pólos – DD3P, por entender que esse dispositivo aponta para o favorecimento da troca de experiências sobre o dia-a-dia de trabalho, focalizado no fortalecimento da reflexão sobre prevenção, risco e promoção da saúde, a partir da análise das complexidades da situação do trabalho humano, indicando outras possibilidades no campo da saúde do trabalhador.

Percebe-se relevante esse breve esboço sobre o caminho da pesquisadora, com o assente na escolha do método do qual acredita ser totalmente viável para com o cuidado com as observações e análises do campo pesquisado, sem a pretensão de estar fechado para outras possibilidades.

A organização do trabalho ao longo do tempo sofreu transformações consideráveis no que diz respeito à evolução e aos processos de mudança que

⁶ Faculdade de Educação Número de chamada: 331.13 F676g TCC (FAE) DALMÁZIO, Sílvia F. **Grupo de encontro no trabalho: ergoformação com a análise da atividade de trabalho.** 2013.

⁷ Curso de Pós-Graduação lato sensu dirigido aos Servidores Técnico-Administrativos em Educação da Universidade Federal de Minas Gerais, na modalidade à distância.

⁸ SCHWARTZ (2010, 2011); TRINQUET (2008, 2010).

geraram, por sua vez, consequências na relação homem/trabalho. Na organização do trabalho, no setor de saúde, também não é diferente. Sofreu grandes transformações a fim de se adaptar aos avanços científicos e aos processos tecnológicos. Neste novo sistema organizacional, o trabalhador ao exercer sua atividade de trabalho, esforça-se para acompanhar tais mudanças, buscando adaptações no modo de efetivar o produto do seu trabalho.

Ao examinar o ambiente de trabalho em sua condição real, o objeto a ser contemplado, neste caso atividade humana no trabalho, o pesquisador deve se dirigir a esse com humildade e *desconforto intelectual*. Desvelo, para que, ao ver de perto o que acontece na realidade do campo estudado e ao que se apresenta nesses espaços, esteja atento. Sempre disponível a aprendizagem diante dos que trabalham, na tentativa de aproximar da possível compreensão dos acontecimentos dinâmicos de dada situação nesses locais. Pensar esses elementos como acessíveis, porém, no sentido de objetos estranhos a se descobrir. Pois, a essência na atividade de trabalho não se vê, não está disponível. O autor nos propõe que “o trabalho torna-se então não somente um objeto de estudo, mas uma matéria em primeiro lugar estrangeira ao saber filosófico, que impõe ao aprendiz de filósofo a necessidade de procurar instruir-se sobre o trabalho” (SCHWARTZ, 2003a, p. 02). A abordagem ergológica nos alerta quando pontua ressalvas no trato sobre a aproximação dessa entidade obscura no trabalho.

2.2 Procedimentos metodológicos

O estudo e a análise da pesquisa, apresentados nesse trabalho, tem um método de cunho qualitativo pelo viés da Abordagem Ergológica como aporte teórico para sustentar a apreciação dos dados impetrados. Foram utilizadas referências bibliográficas, mediante a uma revisão literária, de alguns dos principais estudos sobre Ergologia no campo do trabalho. A intenção foi demonstrar um quadro de referência sobre a ação e a atividade humana na situação de trabalho. O cortejo com o principal autor dessa epistemologia, Yves Schwartz, permitiu uma análise cuidadosa e acurada sobre as ideias apresentadas nessa dissertação, promovendo reflexões sobre os conceitos proposto por essa abordagem. Ele descreve que:

A ergologia, se quisermos explicar de forma simples, é o estudo da atividade, porque a ergologia vem de um termo, de uma palavra grega (*ergasesthai*) que quer dizer *o fazer em geral*. A ergologia significa o estudo da atividade humana, o tomar em conta a atividade humana. Tudo tem de ser pensado, tem que ser visto como consequência de certa abordagem da atividade humana (SCHWARTZ, 2013, p. 229).

Como instrumento, a Epistemologia Ergológica, recomenda o debate fecundo entre os saberes produzidos no e pelo trabalho em confrontação com outros saberes formalizados construídos nos diversos campos científicos. Sua proposta tem o objetivo de abordar questões relativas ao trabalho a partir de uma perspectiva humanista sobre a atividade (TRINQUET, 2010). A Ergologia tem a prática pluridisciplinar que propõe como função perceber, compreender e transformar positivamente as relações de trabalho.

Então, essa abordagem antropológica é voltada às pesquisas de interfaces com numerosas disciplinas, desde que elas respeitem essas exigências quase ontológicas fora das quais haveria perda da humanidade no homem (SCHWARTZ, 2016a, p. 255).

A indicação do instrumento de investigação metodológica, primeiramente, foi sugerida no projeto de pesquisa e logo apresentado e aprovado pelo colegiado do PPGE da FAE/UFMG. Esse projeto foi embasado na metodologia da pesquisa social, a pesquisa-ação, que tem como proposta buscar possíveis transformações e/ou soluções dos problemas no campo pesquisado. Sendo importante a participação e ação do pesquisador, bem como o envolvimento dos participantes observados.

Essa é uma forma de aproximar o pesquisador dos elementos que escapam da objetividade científica e que emergem no ambiente de trabalho. Mas, acima de tudo, que possibilita a construção de um determinado conhecimento que possa auxiliar nas questões que dificultam a ação dos trabalhadores. “Trata-se de facilitar a busca de soluções aos problemas reais para os quais os procedimentos convencionais têm pouco contribuído” (THIOLLENT, 1996, p. 08). E ainda, com o objetivo de que “além da participação, supõe uma forma de ação planejada de caráter social, educacional, técnico.⁹” Sempre direcionando que “o ponto importante é que o tipo de investigação-ação utilizado seja adequado aos objetivos, práticas, participantes, situação (e seus facilitadores e restrições)” (TRIPP, 2005, p.446). O

⁹THIOLLENT, Michel. **Metodologia da pesquisa ação**, 1996, p. 07.

que pode favorecer a coleta de evidências sobre as práticas de saberes e valores circulantes no campo pesquisado.

A pesquisa-ação é um tipo de pesquisa social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e os participantes respectivos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo (THIOLENT, 1996, p. 14).

No mesmo caminho, optou-se por empregar o instrumento de investigação teórico-metodológico sugerido por Pierre Trinquet como os “*Grupos de Encontro de Trabalho*” (2010, p. 106). Pois, trata-se de uma prática que consiste em reunir um conjunto de trabalhadores com a finalidade de alcançar soluções relevantes em relação a problemas que envolvam os assuntos referentes à atividade real de trabalho. Esse instrumento recomenda o debate fecundo entre os saberes produzidos no e pelo trabalho em confrontação com outros saberes formalizados, produzidos em diversos campos científicos, vertente que vai de encontro com os pressupostos da pesquisa-ação.

Para Trinquet (2010) os grupos de encontro podem ser constituídos para responder parte dos problemas encontrados no âmbito de uma empresa e/ou de uma coletividade, tais como: problemas de pesquisa, de estudos, de formação, de gestão, de prevenção de riscos do trabalho, de busca de eficiência e eficácia contribuindo para a melhoria das condições de trabalho.

Durrive acrescenta que os encontros sobre o trabalho têm a intenção de “multiplicar os lugares de debate sobre a atividade, porque são reservatórios inimagináveis de energia para a formação e o desenvolvimento, individual e coletivo” (2010, p. 309).

Os grupos de encontro no trabalho são balizados pelo conceito do Dispositivo Dinâmico de Três Pólos - DD3P (TRINQUET, 2010). Para especificar os três pólos de saberes que visa à articulação entre os pólos, faz com que os saberes dos trabalhadores se complementem e dialoguem entre si. Essa articulação corrobora a interlocução entre os diversos saberes que são indispensáveis e fundamentais para compreender o complexo mundo do trabalho. Além disso, possibilita a elaboração soluções apropriadas e exequíveis capazes de produzir ações para o enfrentamento das demandas provenientes da real situação de trabalho. Ao discutir sobre esses

pólos o autor evidencia conceitos que direcionam para uma para visão aproximada da situação real de trabalho.

No processo de investigação de campo, para a formação dos Grupos de Encontro, surgiram alguns impasses e dificuldades para que a pesquisadora desempenhasse um papel de agente ativo no processo da pesquisa. A questão fundamental foi a de reunir um quantitativo de servidores para a participação desse grupo. Uma vez que, a escala dos servidores esteve com um limitado número de trabalhadores por plantão. Nesse contexto, na observação dessa pesquisadora, a ausência de alguns trabalhadores no setor, durante determinado tempo, poderia direcionar certo prejuízo na assistência de enfermagem.

Optou-se então, por utilizar a metodologia da pesquisa participante. Segundo o autor “para que não haja ambiguidade, uma pesquisa pode ser qualificada de pesquisa-ação quando houver realmente uma ação por parte da pessoa ou grupos implicados no problema sob observação” (THIOLLENT, 1996, p. 15). Enquanto que, na pesquisa participante, o pesquisador também utiliza o método prático e qualitativo. Sem dispensar o “rigor lógico, da fundamentação teórica e metodológica, bem como da base empírica, sempre que possível” (DEMO, 1982, p. 90).

Além da revisão teórica obrigatória que ampare uma observação sistemática em determinado tempo do ambiente selecionado, foram registradas as memórias visuais com detalhes que aproximaram o mais fielmente, do campo pesquisado. Assinalando interpretações e tecendo uma análise de dados descritivos, bem como o manejo das narrativas coletadas com os próprios trabalhadores desse espaço. Os dados apresentados e suas análises poderão contribuir no futuro para uma possível intervenção desse ambiente, bem como, promover a formação do “*Grupo de Encontro de Trabalho*”, exposto nessa seção.

A pesquisa participante requer uma cumplicidade entre o pesquisador e os participantes da pesquisa, como parceiros, na construção de conhecimento. Como refere o autor “a população pesquisada é motivada a participar da pesquisa como agente ativo, produzindo conhecimento, e intervindo na realidade própria¹⁰”. Participantes que não são tratados como simples informantes, mas, como um indivíduo ativo do lugar que ocupa na pesquisa, na produção de saberes distintos ou de vivências particulares, trazendo riqueza de conteúdo para ser apreciado como

¹⁰DEMO, Pedro. **Pesquisa participante: mito e realidade**, 1982, p. 27.

objeto no processo desse estudo. A pesquisa participante aqui é tomada como um processo educativo, o pesquisador instruir-se com os outros. Esse caminho apresenta-se então, como um produto fecundo, histórico e pluralizado, forjado nesse estilo de relação, evitando uma atitude solipsista do pesquisador.

Nesse caso, os trabalhadores serão estimulados a atuarem como protagonistas. Agentes ativos no processo de construção de conhecimento, produção de saberes e valores, ao revelarem aspectos, cuja base, provém de uma realidade particular do seu trabalho. Lugar onde se desnuda reflexões avaliativas sobre dificuldades e as possibilidades de resolução de determinadas questões sobre a própria tarefa.

A pesquisadora realizou a observação e a análise da situação real de trabalho com aproximação e compreensão da rotina das atividades realizadas pelos Auxiliares e Técnicos de Enfermagem na unidade de urgência do hospital. Essa fase se direciona para uma análise de ações situada e dos processos de trabalho, sem pretender realizar uma análise ergonômica clássica (WISNER, 1987). Mas, apropriar de algumas das noções metodológicas da Ergonomia como norteadora para a observação da atividade humana de trabalho e recolher dados que perpassam pela experiência concreta do trabalho dos servidores.

Tramite para aprovação da pesquisa:

- Parecer do Colegiado do Programa PPGE-FAE/UFMG;
- Submissão Plataforma Brasil;
- Submissão e recepção da GEPE-HC/UFMG;
- Submissão Comitê de ética em seres humanos COEP-HC/UFMG;
- Parecer da anuência da Coordenação Médica do PA-HC/UFMG;
- Parecer Coordenação de Enfermagem do PA-HC/UFMG.

A investigação de campo na instituição foi realizada no final do primeiro semestre de 2018, estendendo-se por aproximadamente por três meses, na Unidade de Pronto Atendimento do HC vinculado à UFMG, localizado no município de Belo Horizonte em Minas Gerais, que mantém um atendimento, ininterruptamente, por 24 horas. Local onde foram norteados pelos seguintes processos na realização da coleta de dados:

- Visitas para observação de campo no PA do HC da UFMG, mapeando os dias da semana e turnos de plantão;
- Levantamento e análise documental e histórico (1996/2018) do serviço, no PA do HC, relativos às Normas, Leis, Ofícios, rotinas de trabalho e prescrições das atividades de trabalho;
- Realização de entrevistas exploratórias com os trabalhadores no ambiente de trabalho;
- Observação e análise da rotina de trabalho dos servidores no PA do HC.

A observação foi uma etapa necessária para a construção de conceitos e verificação das hipóteses levantadas. Um momento para realizar o exame do campo social de pesquisa e recolher dados úteis à averiguação das hipóteses, com exclusão de outros (QUIVY, 2008). Bem como, indicadores de dados pertinentes na elaboração dos modelos de análise para atingir os objetivos da pesquisa. Os dados recolhidos na observação foram essencialmente, a partir da escuta de conversas informais e em variadas situações de trabalho. O procedimento foi realizado em três momentos, norteado pelo seguinte roteiro:

- O primeiro, para observação visual, tomada de notas e conversas exploratórias, focando em aspectos que poderiam contribuir na expansão ou retificação do repertório de literatura pertinente para o conhecimento da rotina da unidade, como: normas institucionais; perfil do usuário do serviço de urgência; fluxo da clientela usuária do serviço de urgência; reconhecimento do território; recursos humanos, entre outros;
- No segundo momento: a observação, com notas de campo direcionadas aos comportamentos espontâneos e do processo de trabalho da equipe multiprofissional;
- No terceiro momento: aproximação dos Auxiliares e Técnicos de Enfermagem com foco observatório dos acontecimentos no próprio momento em que se produziram. Observação da prática laboral no momento das situações em que foram realizadas as Atividades de Trabalho.

As etapas desse primeiro procedimento de observação visaram demarcar melhor conhecimento do funcionamento da unidade de urgência com o registro em diário de campo. Posteriormente, foi realizado o estudo e a análise documental/histórico do serviço na instituição pesquisada, que consistiu em se realizar através do levantamento de documentos, registros referentes à unidade, espaço físico, característica dos usuários do serviço, rotinas de trabalho, normas, regulamentos, legislação do profissional, relatórios, escala de serviço e quaisquer elementos que pudessem contribuir para a compreensão da dinâmica de trabalho na urgência do PA do HC da UFMG.

Durante esses registros, estudos e análises iniciais do material gerado nessas primeiras etapas, foram realizadas entrevistas exploratórias e semiestruturadas, com os servidores atuantes nos serviços do PA. Essas entrevistas tiveram uma duração média de 20 a 35 minutos por participante. Sempre com uma abordagem no discurso sobre a execução das atividades de trabalho na unidade de urgência. Entrevistas que foram construídas e norteadas para instrumentalizar conceitualmente os procedimentos para a coleta de dados. Além da tentativa de compreender o que se apresenta na prática das atividades de trabalho dos servidores: o que fazem, percebem, pensam e sentem.

A entrevista foi uma forma de coleta de dados com possibilidades de flexibilizar o curso de informações, uma técnica que permite aprofundar os elementos que possam surgir de modo nublado. Diante disso, foi preparada de modo a atender certa garantia de respostas que adequassem ao conteúdo dos dados que se pretendeu levantar. A intenção foi de encontrar pistas de reflexões e descobrir novas maneiras de verificar a atividade humana de trabalho sem conceitos pré-estabelecidos (QUIVY, 2008).

Ficou o registro do cuidado em relação à nomeação dos entrevistados. Nesse estudo, sempre serão referidos como servidor (es), no sentido de preservar o gênero da pessoa entrevistada, o mesmo se fez estender para outros substantivos no decorrer da escrita. Os entrevistados foram representados por números e conseqüentemente pela ordem crescente do tempo de atuação no hospital. Como: Servidor do setor administrativo (ADM); Auxiliar de Enfermagem (AUX-01); Enfermeiro (ENF-01); Técnico de Enfermagem (TEC-01).

Foram abordados, convidados e selecionados, os participantes para entrevista. Sendo esses, os servidores pertencentes da equipe de enfermagem do

PA do HC. A seleção foi efetuada de forma aleatória durante a observação de campo.

Outra consideração de importância consistiu sobre que, os profissionais possuem vínculo institucional diferenciado no PA do HC, Regime Jurídico Único (RJU), servidores técnicos administrativos em educação da UFMG, com carga horária de trabalho de 30 horas semanais com plantão de 12/60h e Regime Celetista, Consolidações das Leis Trabalhistas (CLT), servidores da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), com carga horária de trabalho de 36 horas semanais com plantão de 12/36h.

Também foi realizada uma entrevista de caráter informativo com um servidor da equipe do administrativo. Houve uma seleção predeterminada de 20 servidores para entrevista, respeitando a disponibilidade dispensada pelos mesmos e levando em consideração a distribuição de turnos de trabalho, sendo possível coletar as entrevistas de 16 servidores, conforme especificado a seguir:

Servidor do Administrativo:

- Servidor do setor administrativo (ADM), há 23 anos no HC.

Servidores Enfermeiros:

- Enfermeiro (ENF-01), há 3 anos no HC;
- Enfermeiro (ENF-02), há 4 anos no HC;
- Enfermeiro (ENF-03), há 4 anos no HC;
- Enfermeiro (ENF-04), há 33 anos no HC.

Servidores Técnicos de Enfermagem:

- Técnico de Enfermagem (TEC-01), há 04 anos no HC;
- Técnico de Enfermagem (TEC-02), há 06 anos no HC;
- Técnico de Enfermagem (TEC-03), há 16 anos no HC;
- Técnico de Enfermagem (TEC-04), há 17 anos no HC;
- Técnico de Enfermagem (TEC-05), há 22 anos no HC;
- Técnico de Enfermagem (TEC-06), há 23 anos no HC.

Servidores Auxiliares de Enfermagem:

- Auxiliar de Enfermagem (AUX-01), há 15 anos no HC;
- Auxiliar de Enfermagem (AUX-02), há 16 anos no HC;
- Auxiliar de Enfermagem (AUX-03), há 17 anos no HC;

- Auxiliar de Enfermagem (AUX-04), há 22 anos no HC;
- Auxiliar de Enfermagem (AUX-05), há 23 anos no HC.

Para realizar cada entrevista, foi endereçado um convite ao servidor explicando a proposta da pesquisa. Em seguida, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para a leitura. Posteriormente, com aceite do servidor em participar do estudo, a entrevista foi iniciada pontuando elementos chaves conforme o andamento do discurso do entrevistado:

- Como foi admitido no HC;
- Tempo de experiência no HC;
- Atividades de Trabalho que são desenvolvidas no PA do HC;
- Curso de Capacitação, especificações sobre o cargo;
- Normas e normatizações do setor;
- Experiências vivenciadas no setor de urgência;
- Visão descritiva sobre o atendimento PA do HC UFMG;
- Outros (Acolhimento, atendimento e fluxo dos pacientes no PA).

A coleta dos dados foi registrada em diário de campo através das observações presenciais, com o aval da coordenadoria do setor e sempre com comunicação de reserva de com o acordo de horários para a utilização dos espaços. As entrevistas foram gravadas em áudio, transcritas na íntegra, posteriormente analisadas e selecionados fragmentos para esse trabalho, que seguem referidos com tipografia na fonte em *Itálico* e corpo 11, sempre de acordo com a proposta dos termos do comitê de ética da instituição PA/HC/UFMG.

Quanto aos custos ou quaisquer ônus monetários para realização da pesquisa, ficaram a cargo da pesquisadora, sem nenhum comprometimento institucional.

3 ERGOLOGIA UMA ABORDAGEM EM CONSTRUÇÃO

3.1 Algumas contribuições para a epistemologia ergológica

A Ergologia surge na França ao final da década de 70 e início da década de 80. É época que, no contexto socioeconômico, foi marcada por amplas transformações no mundo do trabalho, atingindo as organizações e a chamada produção de massa. Notadamente, havia também, um declínio parcial e progressivo de uma dominação Tayloristas¹¹: racionalização do trabalho, linha de montagem, o trabalhador como um instrumento da fábrica, entre outros elementos. Imagens que tendiam a se tornar obsoletas, quando se pergunta: o que é o trabalho?

Nesse mesmo período, também se projeta para comportar as mutações no trabalho, as referidas reestruturações e reorganizações nas categorias profissionais. Naquele momento, tudo parecia caminhar para a transformação do trabalho e da sociedade, com o surgimento das novas técnicas e tecnologias. O que provocava também a redução do espaço nas empresas e nas fábricas, uma situação que excitava outras formas de reconhecer o trabalho (SCHWARTZ, 1996, 2000, 2006, 2010, 2016).

É justamente nessa conjuntura que a vertente epistemológica da Ergologia emergiu, provocando o debate entre os profissionais do campo do trabalho sobre a atividade como matriz da história humana, sugerindo uma proposta de análise pluridisciplinar sobre as situações de trabalho e ainda, colocando em diálogo os saberes dos especialistas das ciências e os saberes dos protagonistas da experiência real do trabalho (TRINQUET, 2010).

O pensamento ergológico tem como seu principal precursor e representante, o filósofo francês **Yves Raymond Schwartz**¹², que sugere a abordagem da atividade humana de trabalho, principalmente no âmbito da pesquisa de formação, da gestão, da prevenção de risco, compreendendo e analisando a atividade de trabalho.

¹¹ Método de produção por tempos e movimentos, criado por Frederick Taylor com a obra **Princípios de administração científica** 1990, 8ª ed..

¹² Filósofo francês, com formação na Escola Normal Superior, membro do Instituto Universitário da França, professor titular da Universidade de Provence (1993/2003). Responsável há mais de 20 anos pelo dispositivo pluridisciplinar de ensino e pesquisa sobre trabalho e a epistemologia comparada de saberes (APST – Análise Pluridisciplinar de Situações de Trabalho), que associa pesquisadores e autores sobre a vida econômica e social. Consulta de currículo: http://ceperc.cnrs.fr/IMG/pdf/cv_schwartz_2010.pdf

Partindo do ano de 1978, esse pesquisador estava às voltas com o problema de alternância entre os períodos educativos na escola e o trabalho nas empresas, permeado pelo pedagógico, social e filosófico, que para ele apresentavam dificuldades de articulação entre esses mesmos universos. Seu maior interesse assentou-se, então, sobre a tarefa de melhor conhecer as relações da cultura, educação e trabalho entre esses espaços. Para tanto, atentou em visitar as empresas para conversar com os responsáveis e realizar encontros com trabalhadores e comitês de corporação. Verificou uma necessidade de avançar sob a hipótese de que existia no trabalho determinadas formas distintas de cultura, de acumulações de *patrimônio*¹³, principalmente o que influenciava na formação profissional e na formação geral.

Para Schwartz, dois encontros, duas *démarches*, marcaram o caminho de filosófico, segundo ele “encontros distintos” (2016b, p. 19). Inspirado em fontes antropológicas e com uma abordagem biopsicossocial, um primeiro encontro (1968) na trajetória epistêmica desse autor é marcado pela influência filosófica do historiógrafo das ciências Georges Canguilhem (1904/1995), que Schwartz distingue como um prudente epistemólogo que encerrou proeminência no exercício rigoroso quanto à tratativa dos conceitos e o cuidado em relação à profissão.

Os conceitos para Canguilhem não se limitam ao interior de uma ciência única, mas, às filiações de conceitos de outras ciências. Essas, como portadoras de fertilidade, no entanto, com fronteiras epistemológicas apresentam autonomia relativa diante do sistema conceitual que se vinculam. Para Schwartz foi uma forte influência no meio científico daquela época, principalmente para os jovens aprendizes de filosofia. “Tínhamos diante de nós um epistemólogo, um historiador das ciências, muito rigoroso, um ‘bicho-papão’ do conceito.¹⁴” Trabalhar os conceitos e responder às questões, para esse pensador, exigia um exercício epistemológico em constante ampliação da consciência crítica. Como confere o autor.

Canguilhem engajou uma *démarche* que nos marcou muito. Para que ele pudesse responder a um certo número de questões totalmente filosóficas: “O que é saúde? O que é normal? O que é patológico?” Canguilhem pensava que não podia fazê-lo sem ir se instruir com as pessoas das quais isso era a profissão. (SCHWARTZ, 2016b, p. 19).

¹³ “O termo patrimônio, embora híbrido, denota algo da ordem dos saberes e dos valores, fundamental para se compreender a vida nas empresas, nos locais de trabalho” (SCHWARTZ, 2000, p.38).

¹⁴SCHWARTZ, Yves. Trajetórias e usos de si, 2016b, p. 20.

Na obra “O Normal e o Patológico”, segunda edição de sua tese de 1943, Canguilhem endereça a sua epistemologia na filosofia das ciências, conjecturando as noções de saúde, doença e vida, com um lugar de destaque para o conceito de normal e suas variações. Na sua perspectiva, o exercício analítico dessas instâncias, passa necessariamente pela compreensão do ser vivo e pela vida ativa, não podendo ser deduzida, meramente, a um sistema de leis da física, química e mecânica, mas “por meio de uma análise filosófica da vida compreendida como atividade de oposição à inércia e à indiferença” (2010, p. 198). No percurso de seus estudos, abalizava reflexões rigorosas com uma visão sistemática e cuidadosa sobre os conceitos, inclusive os limites, as possibilidades e as transposições desses conceitos em determinado campo.

Em seu estilo peculiar de análise, buscou fazer uma avaliação racional sobre os conceitos nas ciências da medicina, da filosofia e da técnica, entre concepções empirista, positivistas e idealistas, sem fronteiras epistemológicas. Em alguns investigadores como Gaston Bachelard, Claude Bernard, Augusto Comte, René Leriche, entre outros, discutiu com os vários campos, operando o trabalho conceitual fazendo uma abordagem crítica com os autores sobre os conceitos, avaliando como esses trabalhavam e em que se apoiavam suas teses. 20 anos após a primeira edição do seu estudo ele reafirmara sua postura de cientificidade.

Devo confessar que a leitura de estudos posteriores à minha tese de 1943 e de objetivo análogo não me convenceu de ter, naquela época, colocado mal o problema. Todos os que, como eu, tinham em vista a fixação do sentido do conceito de normal experimentaram a mesma dificuldade, e não tiveram outro recurso, diante da polissemia do termo, a não ser fixar, por decisão, o sentido que lhes parecia mais adequado ao projeto teórico ou prático que pedia uma delimitação semântica. Isso significa que justamente aqueles que procuraram com mais rigor dar ao normal somente o valor de um fato valorizaram simplesmente o fato de necessitarem de uma significação limitada.¹⁵

Sua *démarche* se processou na articulação racional sobre a história das produções científicas, com uma postura alinhada em explicitar os fundamentos desses historiados das ciências da vida. Conferiu uma arqueologia do vitalismo, quando retomou os conceitos com um discurso desamarrado e independente do

¹⁵CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**, 2010, p. 197 e 198.

contexto teórico. Não determinado, mas, em aberto a variabilidades e restituindo mutações. Canguilhem, sobre esses procedimentos, apontou para uma exigência do pensamento filosófico, a de “reabrir debates mais do que fechá-los” (2010, p. 08). Como refere o autor.

O que distingue a Tese de Medicina de 1943 de G. Canguilhem (sobre o normal) de outros livros seus é que a primeira leva menos longe que estes últimos essa exigência metódica, na medida em que, em numerosas passagens, parece oferecer a "solução": a *vida*. Na obra de G. Canguilhem, em que a fidelidade ao "espírito do vitalismo" é regularmente lembrada (MACHEREY, 2010, p. 282).

Para Schwartz, existe um problema delicado quando se trabalha conceitos. Na sua perspectiva, ele também chama a atenção para a necessidade do exercício de rigor nessa tratativa, “nossa profissão de fabricantes de conceitos, apresenta sempre o risco de se desenvolver em uma redoma, sendo insuficientemente questionado pelo encontro com a vida e com as atividades que se desenvolvem fora da nossa esfera” (2016b, p. 19).

Schwartz descreve que seu primeiro contato com o trabalho foi através dos estudos sobre a história das ciências e das técnicas, o que o direcionou para uma abordagem de estudo da termodinâmica, uma subdisciplina da física que privilegia a investigação dos movimentos e geração de calor. Em consequência, ficou fascinado pela maquinaria do século XIX e em razão disso se interessou pelo fenômeno de crescimento da indústria em uma cidade do leste da França, Mulhouse.

O desenvolvimento desta pequena aldeia, que faz fronteira com a Alemanha e Suíça, foi estimulado, a princípio, pela indústria têxtil, posteriormente, pela indústria química e mecânica em meados do século XVIII. Época em que a modesta cidade se tornou de forma acelerada, em um grande polo industrial têxtil sobrepondo sua concorrente em Manchester. Mulhouse estava bem à frente no setor industrial têxtil devido a técnicas de estamparia que se diferenciava pela tintura e beleza dos desenhos. Outra questão de relevância seria a dimensão social na atuação de prevenção de acidente, caixa de assistência, cidade operária, para Schwartz (2016b, p. 22), “uma dimensão científica notadamente em química orgânica e termodinâmica”.

A leitura de um Boletim da Sociedade Industrial de Mulhouse foi o ponto de partida para questionamentos no mundo do trabalho para Schwartz. Nesses boletins

havia registros em artigos das discussões sobre o mundo do trabalho. Relatos sobre a fabricação e qualidade dos tecidos, experimentos industriais e as relações entre todos os trabalhadores envolvidos no contexto da produção têxtil. O que chamou muito a atenção do autor, “porque se via bem que, atrás da técnica, havia trabalho” (SCHWARTZ, 2016b, p. 22). E ainda pontua que a dimensão da potência econômica da região de Mulhouse tinha suas raízes na apropriação, inovadora, dos problemas concretos do trabalho.

Um segundo encontro demarcado por Schwartz foi através do interesse em compreender as relações entre a universidade, mundo do saber e as atividades sociais do mundo do trabalho. Havia uma necessidade em promover cursos e pesquisas afinados na instância dos conceitos tão complexos da pedagogia das ciências, um universo com diversidade particular que apontavam mudanças no ofício de pesquisador, especialmente no ensino universitário. Ele enfatiza que “a universidade era pobre na sua cultura, pobre em relação a tudo que estava em jogo no mundo do trabalho”¹⁶. Para este professor havia uma necessidade de aproximar a instituição de ensino, o mundo acadêmico, de uma forma diferenciada e simples, para avaliar e acompanhar as mudanças apresentadas no contexto do universo do trabalho. Na universidade existiam formas específicas cultura e de conhecimentos formalizados com necessidade de desenvolver conceitos e saberes, tinham sua nobreza.

Era uma dimensão essencial da vida humana, uma forma essencial de cultura, mas que, ao mesmo momento, nos conduzia a uma dificuldade de perceber outra forma de saber, outra relação com o mundo de valores, outra forma de cultura que emergia dentro do fazer industrial (SCHWARTZ, 2016d, p. 222).

Em 1981, em um evento de saúde¹⁷ do trabalhador na França, houve um primeiro contato de Yves Schwartz com Ivar Oddone¹⁸. Esse encontro foi mediado pelo médico Gilbert Igou, que tinham interesse pelo diálogo médico/paciente como roteiro para conhecer o trabalho nos espaços concretos pelo discurso do próprio trabalhador, importância que aproximava ambos do campo da medicina.

¹⁶ SCHWARTZ, 2016b, p. 23.

¹⁷ **États Généralx de la Prévention** (1981), organizado pelo ministro da saúde francês onde participaram, os especialistas da prevenção, os médicos e os militantes.

¹⁸ Ivar Oddone (1923/2011). Médico e docente de Psicologia do trabalho, importante protagonista do Movimento Operário Italiano com o registro de trabalhos vinculado ao desenvolvimento de propostas experimentais na Itália e produção de conhecimento na saúde do trabalhador.

Oddone era um homem de ação, um experimentador e pensador incansável. Havia nele um firme compromisso com o trabalhador e a saúde no trabalho. Muito exigente, opunha-se a todas as formas de superficialidade. Ele expressava sentido aguçado pela realidade no trabalho concreto em ação, na prática e na experiência bruta dos trabalhadores. Em seus registros¹⁹ sinalizava a redescoberta, através da experiência dos trabalhadores, de uma nova perspectiva de compreensão e de mudança de pensamento sobre as nocividades do ambiente de trabalho, balizando maneiras de repensar sobre o regime de produção em ciência no trabalho, retrabalhando a forma de produzir conhecimento sobre esse campo (CAPISTRANO, 1986; SCHWARTZ, 2000a).

Envolvido com o desenvolvimento do campo da saúde do trabalhador desde os anos 60 (ODDONE *et al.*, 2008), década marcada pela reestruturação da economia italiana e pelo Movimento Operário Italiano (MOI), ele vai redescobrir na experiência dos operários, uma ciência que existia de certa forma, ainda que, no saber do trabalhador, algo que já estava lá. Como os elementos ocultos da dimensão histórica, socioculturais e econômicas dos operários, que entraram em cena no debate entre trabalhadores e especialistas, incluindo assim, um novo ponto de vista que ampliava a compreensão sobre o drama da experiência viva em discurso.

A ação investigativa de Oddone apontava para potencialidades que apresentava uma riqueza de conteúdo, abstraída da experiência operária, uma fase *iluminista*, quando “a dinâmica dos encontros é marcada pela socialização das descobertas científicas entre trabalhadores e especialistas” (CUNHA; ALVES, 2016, p. 159). Para o médico da saúde, os operários já faziam intervenções no próprio trabalho, apontando que exerciam de certa forma, análises sobre o ambiente organizacional da fábrica. O que sinalizava um saber desprezado, mas com potencial de julgamento de uma realidade pouco alcançada pelo campo da pesquisa e pela organização do trabalho. Nesta vertente, a questão enfrentada pela equipe na ocasião, apontava para o problema de como trazer essas potencialidades para o centro das pesquisas e da formação sobre a situação real de trabalho.

O Clínico, com sua equipe, arquitetou um dispositivo que fizesse circular e produzir um conhecimento que apontasse para as transformações no meio do

¹⁹ ODDONE, I. et al. **Ambiente de trabalho**: (1986). ODDONE, I.; RE, A.; BRIANTE, G.. **Redécouvrir l'expérience ouvrière**. (1981).

trabalho, e que ainda pudesse beneficiar a todos os envolvidos nesse campo, diferente das intervenções daquela época, pois o “modelo tradicional apenas procurava conhecê-lo” (MUNIZ *et al.*, 2013, p. 282).

Em Turim, na Fábrica de automóveis da FIAT, organizou reuniões com grupo de operários, médicos, sindicato, cientistas e diversos profissionais, para colocar em discussão, sob uma investigação autônoma, os conflitos relativos às condições de trabalho e demandas gerais desse ambiente. O projeto tinha como objetivo maior, trazer transformações e propor soluções para as situações ali apresentadas. Essas aproximações foram nomeadas de “Comunidade Científica Ampliada” (CUNHA, 2011, p. 163).

Repercutia-se nesse espaço, o confronto entre os saberes formalizados de pesquisadores com os saberes informalizados, e até marginalizados, dos operários. A autora pontua que o dispositivo que “centra-se sobre a necessária interação dialética entre os modelos práticos, oriundos da experiência operária e os modelos teóricos, instituídos e formalizados pelas disciplinas acadêmicas, como condição para a transformação das relações entre saúde e trabalho” (ECHTERNACHT, 2008, p. 48).

A experiência das Comunidades Científicas Ampliadas problematiza os estudos do homem no trabalho por estes não considerarem o ponto de vista da atividade dos trabalhadores, pelo fato de que, ao enfatizarem dimensões específicas na relação com o meio, impossibilitam uma compreensão mais globalizante e dialética dessa relação. Assim, nos estudos médicos, as abordagens podem priorizar os riscos corporais, negligenciando os aspectos psicossociais muito mais ressaltados pela psicologia (CUNHA, 2011, p. 165).

O conceito de “comunidade científica ampliada” (Oddone, 1984) permita ter uma visão não mutilante do trabalho e começava a trazer respostas ao profundo mal estar que sentia em relação à diferença entre o patrimônio estocado, ensinado e patrimônio vivo das atividades de trabalho (SCHWARTZ, 2000a, p.39, 2001, p. 09).

Para Schwartz o trabalho de ação investigativa na pesquisa desenvolvida por Oddone foi crucial. Para ele ficou evidente a potência e a riqueza de tal experiência, mostrando que a intervenção do especialista, no centro de onde o trabalho acontece, revela um saber crítico sobre o próprio trabalho. O que, no ensino universitário, carecia verificar isoladamente esse patrimônio de competência profissional ampliada. Sinalizando assim, que o caminho de suas análises iria ao

encontro dessas ideias, endereçamento que serviu de impulso para estruturar a Episteme Ergológica, quando evidenciou o conceito de experiência no trabalho.

A nossa ideia era inserir uma coisa como essa nos centros de aprendizagem, de difusão do saber, na universidade. Tentamos instituir esse novo modo de produzir saberes dentro do contexto acadêmico. É um desafio introduzir essa ideia que Oddone chama comunidade científica ampliada neste tipo de lugar, porque a universidade não funciona assim. O que tentamos implementar era uma espécie de prolongamento da ideia de Oddone (SCHWARTZ, 2006, p. 461).

Neste mesmo período, Yves Schwartz se confrontava com os desafios de todo o cenário das mutações produtivas no trabalho e nas atividades econômicas, com um sentimento da necessidade em construir um acesso mais rigoroso para avaliar o que realmente estava em curso de mudança na organização do trabalho. Ele se vê, então, levantando questões frente a tal perspectiva, “como conhecer esse trabalho que se modifica e que nos modifica, os habitantes e cidadãos desse mundo, tanto trabalhadores como pesquisadores?” (SCHWARTZ, 2010b, p. 21). Na sua observação, todo esse movimento ultrapassava o contexto acadêmico. Não havia preparo para responder as questões emergentes de tal situação, a “cultura universitária não estava pronta, não era adequada para responder a essa questão.”²⁰

O dispositivo criado por Oddone e sua equipe de pesquisadores, “Comunidades Científicas Ampliadas,” encerram um aporte de conhecimento que para Schwartz (2000a), sinalizou um encontro de um conceito, “uma ideia fantástica” (2006, p.461), que marcara a necessidade de desdobrar o conceito com um novo dispositivo para pensar. Naquele momento, mais do que mutações no universo produtivo, “havia elementos para avaliar verdadeiramente o que se transformava no trabalho” (SCHWARTZ, 2016b, p. 23). Um problema colocado tanto para ele, como para seus companheiros, o sociólogo Bernard Vuillon²¹ e o linguista Daniel Faïta²², a questão de como enfrentar tais transformações e o fazer docente.

Ele e seus amigos de ofício no período de 1983 a 1984, na Universidade de Provence, produziram de início uma experiência organizada com a composição de um estágio de formação contínua de 160 horas, que foi reeditado durante três anos.

²⁰ SCHWARTZ, 2006, p. 458.

²¹ Departamento de Ergologia U.P/França.

²² Professor Emérito em Ciências da Linguagem Université Aix-Marseille.

Segundo Cunha (2010), esse dispositivo estava vinculado ao Centre d'Épistemologie et d'Ergologie Comparative – CEPERC da Universidade de Provence por meio da Lei de formação Contínua francesa. Essa primeira experiência, configurou-se progressivamente a APST - Análise Pluridisciplinar das Situações de Trabalho e a partir desse ampliador, o Departamento de Ergologia. Schwartz declara que “estava lançada a semente” (2001, p. 10), pois sua aposta em estabelecer o elemento de convergência entre os saberes acadêmicos e os saberes da experiência dos protagonistas da atividade de trabalho estava ganha.

Em 1985, no andamento do processo de formação e o relato de toda experiência foram pela primeira materializados na obra *L'Hol11me Producteur*. Com o efeito dessa dinâmica, fomentou-se a validade e o reconhecimento universitário para desenvolver a ideia de instituir diversos cursos como DU – Diploma Universitário direcionado aos trabalhadores sem diploma e em 1989 o DESS – Diploma de Estudos Superiores Especializados, um curso de especialização voltado para estudantes e trabalhadores de formação contínua. Esse autor enfatiza que:

O dispositivo de formação APST (DU e DESS) desenhava um quadro que se distinguia, sensivelmente, daquele no qual Ivar Oddone construíra o conceito de "comunidade científica ampliada". Pouco a pouco, começamos a ganhar um lugar na universidade que não era mais marginal (SCHWARTZ, 2000a, p.42).

Outra contribuição para Epistemologia Ergológica tem como atributo as experiências dos ergonomistas Alain Wisner, Jacques Duraffourg, François Daniellou e François Guérin, “que colaboraram conosco em campos empíricos” (SCHWARTZ, 2010b, p. 39). Mas, anteriormente, um marco na análise do trabalho tem suas origens no estudo de Jean-Marie Faverge e André Ombredane sob a grande influência do trabalho de Suzanne Pacud. As publicações desses autores sobre a psicologia do trabalho e a ergonomia francófona defendiam a posição de que “se o que se quer é compreender o trabalho, é preciso observá-lo onde ele acontece” (GUÉRIN *et al.*, 2012, p. XVII), uma metodologia diferente do modelo experimental americano, que iria revelar uma abordagem original para trazer outras questões sobre a forma do homem desempenhar seu papel no trabalho. As abordagens desses pesquisadores serviram de base para ser ampliada por Wisner, que assentou sua prática retirando do laboratório, a análise do trabalho, direcionando em olhar de perto a situação laboriosa da fábrica, dando outro sentido

para o que poderia ser observado no interior do trabalho. A atividade humana em situação.

A experiência dos ergonomistas encerrou um patrimônio fundamental que tornou visível a existência de algo distinto que ocorria entre as antecipações definidas pela organização do trabalho e o que de fato era executado pelo trabalhador na fábrica, lugar onde o trabalho era agenciado por um meio extremamente tayloristas.

No início, com os exemplos mais ligados à indústria, que vieram dos nossos amigos ergonomistas, o mais evidente era a distância entre trabalho prescrito e trabalho real, que quase se podia demonstrar com gráficos. Nos perguntávamos sobre o que acontecia 'entre' os dois. Porque, como se trata de algo entre o corpo e a alma, entre o consciente e o inconsciente, o biológico e o cultural, essa coisa muito enigmática nos conduziu à necessidade de desenvolver o conceito de atividade (SCHWARTZ, 2006, p. 460).

A ergonomia francesa acendeu o discurso sobre a regulação e antecipação do trabalho em situação, quando colocou em evidencia esse distanciamento, e ao mesmo tempo, destaca que existem conflitos e contradições nessa lacuna, espaço onde essas manifestações são administradas por quem executa a tarefa.

O trabalho prescrito regulamenta os processos normativos que determinam o controle das condições técnicas, estruturais, econômicas e sociais, para cumprimento das tarefas do trabalhador, uma exigência pautada em normas antecedentes. Enquanto que o trabalho real consiste na execução da tarefa do trabalho em si, sob a gerência do próprio trabalhador diante das condições concretas que se apresentam na lógica da realidade situacional. O operador atua com táticas de ação para tratar essa realidade, procurando administrar o espaço entre o que foi prescrito e o que é realizável. A essa regulação, tomamos como a atividade, que é senão a resposta aos constrangimentos determinados ao trabalhador diante das imposições normativas do trabalho prescrito.

O que acontece nesse lugar de polaridade está em uma dimensão distinta, “se se olha de perto, pode-se avaliar, quando se encara seriamente essa distinção, que ocorrem coisas muito enigmáticas” (SCHWARTZ, 2016b, p. 26). Mesmo em situações de trabalho de extrema rigidez e modo predito dos gestos para o trabalhador cumprir a cartilha, é impossível executar exatamente o que se pede, “o que caracteriza a distância entre o trabalho prescrito e o trabalho realizado é o fato

de o trabalho ser, *por definição*, imprevisível, isso quer dizer que ele não é e não pode ser previsto” (TRINQUET, 2010, p. 97 e 98).

No entanto, quando o trabalhador tem como referência o que é prescrito, ou seja, a tarefa como patrimônio que lhe é imputada a realizar, a atividade se revela, o que para os ergonomistas é “uma estratégia de adaptação à situação real de trabalho, objeto da prescrição. A distância entre o prescrito e o real é a manifestação concreta da contradição sempre presente no ato de trabalho, entre ‘o que é pedido’ e ‘o que a coisa pede’.” (GUÉRIN *et al.*, 2012, p. 15).

De fato, a intuição da atividade humana como renegociação permanente de normas antecedentes, o que chamamos um pouco mais tarde debates de normas, e a descoberta por esses ergonomistas da grande generalidade do retrabalho das prescrições operatórias, incluindo o regime taylorista, foram para nós totalmente contemporâneas (SCHWARTZ, 2016a, p. 255).

Elemento central da situação de trabalho, a atividade é senão a resposta aos constrangimentos determinados ao trabalhador diante das imposições normativas do trabalho prescrito. Para Yves Schwartz, a atividade “é sempre o lugar de debates com resultados sempre incertos entre as normas antecedentes enraizadas nos meios de vida e as tendências à renormalização resingularizadas pelos seres humanos” (2005, p. 64). Nesse contexto a atividade é tomada no sentido anterior. É o que se passa na mente e no corpo da pessoa no trabalho, em diálogo com ela mesma, com o seu meio e com os outros.

A ação tem um início e um fim determinados, ela pode ser identificada (gesto, marca), atribuída a uma decisão, sujeita a uma razão (exemplo: uma instrução é uma lista de ações). A actividade consistir em um impulso de vida, de saúde, sem limite predefinido, que sintetiza, cruza e liga tudo o que se representa separadamente (corpo/espírito; individual/colectivo; fazer/valores; privado/profissional; imposto/desejado; etc.) (DURRIVE; SCHWARTZ, 2008, p. 23).

A ergonomia tem por objeto o trabalho e esse conceito é mais abrangente, pois conforme se emprega o termo, abarca várias realidades. Segundo os autores a palavra trabalho:

É utilizada, conforme o caso, para designar as condições de trabalho (trabalho penoso, trabalho pesado...), o resultado do trabalho (um trabalho mal feito, um trabalho de primeira...) ou a própria atividade de trabalho (fazer seu trabalho, um trabalho meticuloso, estar sobrecarregado de trabalho...) (GUÉRIN *et al.*, 2012, p. 11).

Entretanto, a maioria das pessoas – inclusive os próprios assalariados – está convencida de que o trabalho é algo simples. Daí deriva a maior parte de nossas dificuldades em compreender, conhecer, organizar, formar, prevenir os riscos do trabalho, organizar uma formação profissional e gerenciar, eficazmente, a atividade laboriosa (TRINQUET, 2010, p. 96).

Wisner (1987, p.11) enfatiza que, trabalho remete à noção de pena e sofrimento para alguns indivíduos. Em suas definições, o autor coloca que:

Definição geral: atividade obrigatória, englobando o trabalho assalariado, o trabalho produtivo individual (artesão, agricultor, escritor), o trabalho familiar e escolar.

Definição restrita: o que acrescenta um valor e entra no circuito monetário. Neste caso, a mãe de família, o agricultor dono de sua terra “não trabalham”. É difícil estabelecer fronteiras: um esquiador “trabalha” quando é monitor de esqui e quando participa de um concurso como profissional, mas “não trabalha” quando participa dos jogos olímpicos.

O trabalho focaliza a atividade, as condições em que se exerce essa atividade e o resultado da atividade, como unidade fundamental a qual uma depende das outras, não podendo investiga-las separadamente, uma realidade depende da outra. Podemos compreender, então, que o significado do trabalho agrega um conceito social inacabado e amplo, com variabilidades na sua articulação. Entretanto, o sentido do trabalho está inerente à singularidade de cada indivíduo que trabalha, portanto é problemático, como esclarece os autores, “cada um dá significados múltiplos e moventes ao que vive. Falar de sentido do trabalho é correr o risco de circunscrever o que não pode sê-lo – e eventualmente decretar o sentido em lugar do interessado” (DURRIVE; SCHWARTZ, 2008, p. 27).

O trabalhador ao pôr em prática suas ações na atividade de trabalho, expressa sua subjetividade. Ela é atravessada pela sua história pessoal, social e profissional, ao mesmo tempo em que é manifestada na situação real de trabalho. É nesse contexto que agrega o sentido do seu trabalho. Cada indivíduo cria um significado próprio sobre o trabalho que executa.

Trabalho não deve ser confundido com tarefa, ou seja, tarefa é aquilo que se deseja obter ou aquilo que se deve fazer. Isso corresponde à operação concreta do trabalho, do qual, o objetivo maior é reduzir a improdutividade e o tempo de produção. Esse conceito propõe a necessidade de estabelecer métodos de gestão, que consintam em definir e medir a produtividade decorrente do estilo dos gestos empregados pelos sujeitos ao exercerem suas atividades no trabalho. Embora tenha

relação estreita com trabalho, a tarefa remete a condições determinadas que, de fato, não são as condições reais, e conseqüentemente, o resultado antecipado e determinado, não é o resultado final esperado, “a tarefa não é o trabalho, mas o que é prescrito pela empresa ao operador” (GUÉRIN *et al.*, 2012, p. 15).

3.2 Trabalho e atividade conceitos sempre inacabados

Schwartz nos esclarece que o trabalho como definição de conceito apresenta dificuldades e problemas para os estudos históricos. Para ele “o trabalho é ao mesmo tempo uma evidência viva e uma noção que escapa a toda definição simples e unívoca. É sem dúvida nesse ‘e’ que une ‘trabalho’ e os ‘homens’ que repousa provavelmente a fonte desse caráter enigmático” (2011a, p. 20). Arroga então, um exercício dos especialistas em avaliar as categorias e os conceitos do trabalho interrogando o próprio trabalho junto àqueles que trabalham, recolocando em instrução o próprio *métier*.

O autor sugere a necessidade de *reinterrogar* o conceito de trabalho a partir dos impasses de significados, “sobre a consistência e os limites do conceito de trabalho” (SCHWARTZ, 2004a, p. 34), que o pensamento conceitual delimita cingindo próprio objeto com a noção desenvolvida do trabalho, amplamente discutida e estruturada principalmente pelo entorno da Revolução industrial e o assalariamento no século XIX, mas que ainda hoje são evocados na tentativa em articular que o trabalho pode ser definível.

É legítimo que nossos colegas competentes em gestão, em organização técnica, em ergonomia, em patologias e sofrimentos no trabalho, em riscos profissionais, em direito, em gerenciamento etc., se apoderem do trabalho sobre essa forma *stricto sensu* sem dever se colocar primeiro a questão platônica de uma indecifrável essência; o que não impede, aliás, muitos deles de ultrapassar esse quadro histórico em direção a uma preocupação antropológica (SCHWARTZ, 2015, p.88).

Mas também, reconhece que cada um dos diferentes estudos históricos transformou profundamente a própria noção do trabalho, contribuindo eminentemente na formação do nosso olhar sobre essa categoria. No entanto, as teorizações de diversos momentos que fizeram do trabalho, como conceito e significado, não permitiram ver o que se passa por trás do trabalho e compreender que não é um parâmetro como outro qualquer.

Para o pensamento Ergológico só é possível aproximar de uma noção mais legítima, através da atividade de trabalho. O Schwartz nos chama a atenção em “autenticar essa dificuldade e a situar os desafios não negligenciáveis para os estudos históricos, a assumir a ideia de que o trabalho é uma realidade enigmática, e que uma definição clara do trabalho será sempre um problema” (2011a, p. 20).

Esse autor ainda discute sobre os impasses significativos dos conceitos sobre trabalho na história, retratando as noções do trabalho em três andamentos que ilustraram as vicissitudes do pensamento conceitual, delimitando esse objeto. Ele se debruça em *reinterrogar* os tópicos: o nascimento do trabalho; a impossibilidade de simplificação do trabalho; as ilusões da divisão do trabalho, discutindo amplamente sobre como cada momento na história contribuiu para os historiadores se apropriarem do objeto na tentativa de situar o próprio conceito.

Um primeiro impasse, ele discorre sobre a ideia do nascimento do trabalho com apresentação de três limiares possíveis de afirmações sobre os primórdios do trabalho: o *homo habilis* com a fabricação de ferramentas na melhora dos recursos naturais, impulsionado a espécie e imputando transformações na evolução biológica; a tentativa dos historiadores em justificar esta emergência pela Revolução Neolítica, acenando que o verdadeiro nascimento do trabalho esteja nas sociedades organizadas que seria forjada pela via desenvolvimento da agricultura e da criação de animais, agenciando os ritmos da economia, da cultura e do social que circulavam em torno desse processo; por último pelo advento do capitalismo com o tempo de trabalho em troca de remuneração, tempo de vida vendido separado de outros campos do viver na situação social.

Entretanto, em nossa consciência comum, o sintagma ‘trabalho’ sem explicitamente apagar as duas definições precedentes, a primeira, genérica quanto à espécie humana: a segunda, demiúrgica quanto à sua vida psíquica e social, evoca hoje, mais espontânea e massivamente, o que se pode chamar ‘o trabalho stricto sensu’: prestação remunerada em uma sociedade mercantil e de direito. Em parte de maneira errônea, porque a humanidade não esquece nada, nossa cultura moderna tem tendência a limitar o trabalho ao que foi desenhado e circunscrito pela Revolução Industrial e pelo assalariamento: a porção de tempo trocada por remuneração.²³

Para o tema do surgimento do trabalho, o autor nos esclarece que “é preciso articular estas dimensões antropológicas e estas dimensões históricas para localizar

²³ SCHWARTZ, 2011a, p. 23.

o que muda, ao provoca crise no trabalho. O trabalho, na verdade, nunca começou e, ao mesmo tempo, rejuvenesce sem cessar” (SCHWARTZ, 2004a, p. 36). O exemplo desses três nascimentos expõe a dificuldade encontrada de delimitar o objeto como conceito e nos remete a pensar que a noção de trabalho é mutante em relação aos acontecimentos na história humana quanto à existência de elementos que são atravessados pela via da atividade.

Schwartz nomeia um segundo impasse, que se direciona na tratativa do complexo conceito de trabalho, empreendendo sobre a impossibilidade da simplificação desse objeto. Ele nos adverte que é um engano pensar que esse modelo reducionista possa dar conta de abarcar o enigmático que repousa na dimensão do trabalho, “pois o fracasso dessa ambição para desatar as opacidades do trabalho vem de longe e nos parece perfeitamente representativo das dimensões invisíveis que o trabalho possui” (2011a, p. 24).

O autor nos lembra de que é uma ilusão a tentativa de simplificação do trabalho, mesmo que isso fosse parcialmente possível na atividade técnica, que com ensaios de medir e decompor os movimentos da atividade procurava evidenciar a possibilidade em simplificar essas dimensões tantas vezes contempladas desde o início do século XVII.

Sobre a impossível simplificação: sim, há uma tendência parcial e, até mesmo, massivamente eficaz, à simplificação. Mas, ao microscópio, essa tendência é sempre um pouco ilusória. Nunca terá fim a tentativa de antecipar o que jamais poderá sê-lo. E fazer como se o impossível se tornasse realidade, como o que queria a gestão taylorista do trabalho de 1968; ou tentar, de outras maneiras, voltar às hipóteses sobre a possível transparência do trabalho, como por vezes, ainda hoje, isso cria contradições sociais que pesam sobre e explicam, em parte, a história que se faz.²⁴

A Revolução Industrial no século XIX foi marcada pelo controle dos tempos e dos movimentos com tentativas frustrantes de antecipar o jeito de trabalhar humano. Planejamento de uma organização que procurava alavancar a perfeição referente manufatura pautada por generalizar, reduzir e simplificar o máximo as combinações dos movimentos dos trabalhadores, na intenção de evitar o resgate mental para efetuar o exercício humano.

²⁴ SCHWARTZ, 2011a, p. 35.

Na Organização Científica do trabalho (OCT) do século XX, o fastígio da reciclagem da manufatura tem suas raízes nos trabalhos de Adam Smith com a divisão do trabalho (1996 [1776]), remetido a simples preocupação de decompor e exemplificar as competências, colocando em esquemas de recortes por ofício de sua época, despreocupado com o *modus operandi*²⁵. Posteriormente, sistematizada por Frederick Taylor, na lógica da Administração Científica do trabalho (1990 [1911]), na busca da decomposição minuciosa dos gestos e a cronometrar o tempo, com a finalidade de especializar os movimentos corporais dos operários e melhorar o máximo a produção industrial da fábrica, “nas desordens dos modos operatórios dos operários, impunha-se instituir, enfim, *on best way*” (SCHWARTZ, 2011a, p.33).

A ascensão do regime da Organização Científica do Trabalho (OCT), no século XX, nos Estados Unidos, depois na Europa, com um ponto alto nas indústrias manufatureiras, por volta do fim dos anos 1960, decorre do princípio de que se pode, ao se ir em busca do infinitesimal, ao se decompor radicalmente os gestos e medir os tempos, arrebatando todo mistério do gesto produtivo.²⁶

Não se pode contestar a mudança no mundo social, bem como, no modo de produção no trabalho, com a contribuição historiadores da organização científica do trabalho, sendo até legítimo que todo esse movimento colaborou para maximizar a produção industrial. Certamente devido à inscrição do trabalho pela execução fragmentada das tarefas e o aumento significativo da produção nas fábricas.

Contudo, simplificar o trabalho, indiscutivelmente, esbarra em limitações quando se remete a um lado obscuro, que não se apresenta nitidamente na própria atividade humana de trabalho. Embora na atividade técnica quando há possibilidade de mensuração e decomposição, ainda assim essa atividade é parte da dimensão do trabalho humano, outra dimensão, um enigma de difícil acessibilidade. Para Schwartz, “essa busca da impossível simplificação se apoiou visivelmente sobre um parcial desconhecido do que é a atividade industriosa humana.”²⁷

O terceiro impasse significativo dos conceitos sobre trabalho faz referência à divisão do trabalho como característica compensatória dos processos sociais. Para o autor, esta apresentou um papel fundamental, visto que, elevou o vínculo e a

²⁵ Expressão em latim que significa modo de operação, modo de proceder de uma pessoa, utilizada para designar uma maneira de agir, operar ou executar uma atividade, uma ação ou um trabalho seguindo sempre os mesmos procedimentos.

²⁶ SCHWARTZ, 2011a, p. 26.

²⁷ *Ibid* p. 27.

coerção entre os seres humanos nas sociedades. Uma das razões que foi fortemente debatida nas ciências sociais.

Quanto à divisão social do trabalho (trabalho entendido aqui como definição de um objetivo de produção de um grupo humano, presidido por uma repartição estabilizada de postos ou empregos a serem ocupados), ela pressupõe haver consenso sobre o uso mais racional de nossas potencialidades produtivas, consenso que jamais foi e não pode ser obtido, ao menos em nossas sociedades históricas (SCHWARTZ, 2011a, p. 29).

Todo o ser humano e grupo de indivíduos se desenvolvem dividindo funções na sociedade e no trabalho, porém na divisão do trabalho o método conduz a simplificação. Como referida anteriormente, a simplificação do trabalho antecede a própria divisão do trabalho, no entanto, a divisão tende a se apropriar da mesma. Para o autor, esse trabalho quando se divide também se mistura, já que seus elementos abarcam diferentes estruturas, do humano ao inanimado. Estruturas que são impregnadas de histórias das quais se ambiciona decompor.

Teorizar friamente sobre a divisão do trabalho quer dizer que se tomam como sérias as categorias segundo as quais os homens e as mulheres serão divididos. De um lado, certamente elas correspondem a lugares, *status*, categorias socioprofissionais, grades maiores de classificação para a inteligibilidade da história social. De outro lado, elas nunca correspondem à realidade das atividades e das relações ligadas aos lugares de trabalho. Não se contingencia o pensamento dos homens e das mulheres no trabalho mais do que em outro lugar; não se podem circunscrever os horizontes nem de seus projetos nem das heranças que constroem para si próprios, há sempre uma parte impossível.²⁸

A divisão do trabalho é um conceito de caráter mais amplo quando se remete a outras divisões. Divisão que atinge até mesmo uma parte imaterial, como separação e classificação dos trabalhadores em relação ao gênero, intelecto, competências e de outra natureza, “se retornarmos às categorias da produção, falar-se-á de divisão social e de divisão técnica.”²⁹

A manipulação dos conceitos em torno do trabalho pelos historiadores delineou uma tentativa de clarificar um objeto, mas que, ao mesmo tempo quando colocado como uma entidade fragmentada se torna obscuro. As instabilidades que o próprio objeto apresenta, no percurso histórico, nos leva a perceber que as mutações se fazem contínua, e que diante disso, há sempre o que se conhecer.

²⁸ SCHWARTZ, 2011a, p. 29 e 30.

²⁹ *Ibid* p. 27.

Portanto, retrabalhar os conceitos, quando se trata de uma categoria imprevisível e com particularidades, que se entrelaçam com conflitos e instabilidades.

Porque se vai presumi-lo a partir de uma conceituação que sempre comporta uma parte invisível ou uma penumbra. Crê-se, sem razão, saber de forma clara de que se fala quando, no entanto, todo 'trabalho' comporta uma parte invisível provisória, na espera de uma eventual elucidação, e uma parte irredutivelmente enigmática. Para mais bem mensurar essa dificuldade, é bom fazer 'trabalhar' o conceito de trabalho, friccionando-o a 'objetos' ou, antes, a formas limites ou que nos pareçam assim (SCHWARTZ, 2011a, p. 31).

O caminho apontado por Schwartz ao discutir as possibilidades do conceito de trabalho, nos convida a reflexão sobre o cuidado para essa tratativa. Como ele mesmo afirma: os conceitos “oferecem elementos de abordagem, mas é preciso que de minha parte eu dê esses conceitos, essas competências disciplinares que descrevem situações, como alimento – se é que dizer assim – às pessoas que os vivem” (SCHWARTZ, 2010b, p. 36).

Ao visitar diversas teorias, ele aponta que no exercício do *métier* de filósofo recomenda-se um retrabalho, quanto à construção, desconstrução e reconstrução de conceitos, passar revista parte do patrimônio teórico. E ainda, chama atenção para a prudência em relação à crítica e do confronto com novas abordagens sobre esses conceitos pelo viés do campo da ação e da prática. Afirma que “compreender o trabalho, os saberes disciplinares são necessários, mas é com aqueles que trabalham que se validará conjuntamente o que se pode dizer da situação que eles vivem.”³⁰ Ele reitera que começou a tratar o conceito de atividade industrial como um debate de normas que extrapola o meio de trabalho, mas que ao mesmo tempo, esse trato reencontra as normas em todas as dimensões do trabalho pleno.

Para Schwartz “a ergologia conseguiu juntar a história do conceito de atividade, de um lado, com os ergonomistas e, de outro, com a herança da filosofia da vida de Georges Canguilhem” (2006, p. 459). O trabalho, tal como se apresenta na Ergonomia é marcado por lacunas entre o prescrito e o real, espaço de complexos acontecimentos. Nessa porosidade é que se instala a atividade como conduta de decisão, pautada em escolhas diante das arbitragens impostas pelo meio, escolhas com critérios baseada em saberes e valores em uma constante reciclagem.

³⁰ SCHWARTZ, 2010b, p. 36.

Uma atividade de trabalho é sempre o lugar, mais ou menos infinitesimalmente, de reapreciação, de julgamentos sobre os procedimentos, os quadros, os objetos do trabalho, e por aí não cessa de ligar um vaivém entre o micro do trabalho e o macro da vida social cristalizada, incorporada nessas normas. Vaivém que não deixa incólume nenhum dos dois níveis. O que quer dizer que a história da vida econômica, política, social, não pode ser escrita sem um olhar sobre esses múltiplos vaivéns (SCHWARTZ, 2011a, p. 33).

Para esse hiato cada um determina o “uso de si” na negociação com o que estava supostamente antecipável no trabalho. “Entendemos que, se algo como atividade existe isso quer dizer que uma situação de trabalho (em parte, mas não inteiramente singular) é sempre, em parte, ‘ressingularizada” (SCHWARTZ, 2006, p. 461).

A herança de Canguilhem amplia a noção de trabalho real através do retrabalho do conceito de normas e renormalização do meio de vida, meio de trabalho. Schwartz concebe que existe uma tendência a renormatizar esses meios no trabalho e na vida como um debate de “normas antecedentes”. Ele invoca que, “cada ser vivo procura não ser ‘joguete’ do meio. Isso não é vida, isso não é vivível. Claro que somos em parte juguete do meio, mas somente em parte, porque se busca sempre renegociar essa dependência em relação ao meio” (2016b, p. 29). Igualmente nos provoca forjar o posicionamento diante das lacunas existentes nas dimensões da atividade industriosa, quando nos ressalva que o “trabalho não é jamais pura execução, e isso é fundamentalmente universal. Essa primeira posição. A segunda é que, se é universal, esse desvio não é jamais inteiramente antecipável.”³¹

Para a abordagem ergológica do trabalho, a atividade industriosa é lugar de debate de normas com o meio no qual se insere. Todo meio de trabalho é constituído por normas antecedentes que ao serem encontradas nas situações laborais pelo homem produtor, geram renormalizações, até mesmo porque sem estas últimas, o trabalho prescrito não pode ser realizado. A ergologia convida a tirar consequências dessa distância inevitável entre o prescrito e o real que marca a fundação da ergonomia da atividade (CUNHA, 2007, p. 02).

Para o pensamento Ergológico, algo existe dessa atividade industriosa que se revela no desvio do antecipável, até mesmo pelo sujeito, o Eu no centro do trabalho tomado em sua totalidade biopsicológica, aqui o “uso de si”, é, portanto, viver agindo em negociação com os meios no trabalho. Subordinado, mas, em constante

³¹ SCHWARTZ, 2016b, p. 27.

renegociação com as prescrições e as normas existentes na organização do trabalho. Para esta renegociação com o meio “uma norma de vida é superior a outra quando comporta o que esta última permite e também o que ela não permite” (CANGUILHEM, 2010, p. 135). Um sujeito, industrioso, em debate com as “normas antecedentes” instruindo-se com as “dramáticas do uso de si”.

E as renormalizações, é tudo isso que eu faço no momento em que eu, pessoa no singular, com meus próprios antecedentes, minhas próprias relações com esse universo das normas antecedentes, entro no lugar de trabalho e trabalho, e é a isso que eu chamo de uso de si por si (SCHWARTZ, 2016b, p. 40).

Na atividade industriosa, transcorre uma dimensão política do “uso de si” que se distende pelo “uso de si por si ou por outros”, o singular cria permanentemente esse debate de normas e em conjunto, retrabalha valores que orientam as escolhas que estão na parte mais ínfima da atividade de trabalho. A esse debate de normas antecedentes: “o uso de si pelos outros”. Uma hierarquia que, na medida em que fazem sentido, em algum grau, incorpora em nós, e vão se incorporar às renormalizações, um processo sempre inacabado que se renova e se reajusta a cada experiência de trabalho, quando as arbitragens mobilizam um “complexo de valores: o trabalho é sempre encontro de valores” (SCHWARTZ, 2010b, p. 46).

Ele implica um “trabalho sobre si”, um “uso de si por si mesmo e por outrem”. Manifestação de vida humana, o trabalhar é portador de uma pluralidade de “dramáticas do uso de si” que atravessam o “corpo-si” exigindo destes a criação de sinergias entre as múltiplas dimensões que o integram: corpo/alma; fazer/valores; verbal-não verbal; consciente/não consciente; individual/coletivo (CUNHA, 2005, p. 90).

O termo atividade, para Schwartz, perpassa por posicionamentos específicos para Ergologia: a distância entre o prescrito e o real; o conteúdo da distância é sempre parcialmente ressingularizado; a distância remete à atividade do corpo-si; a distância remete a um debate sobre os valores. Essa distância é ressingularizada por um corpo-si que é “a entidade que conduz e que arbitra essa distância” (2010b, 46), colocando em tensão o uso de si pelos outros, comprometido e consentindo uma atividade cuja arbitragem forja a produção de valores permanentemente em renovação na experiência de trabalho.

Toda experiência de trabalho é encontro: confrontação de um ser vivo às normas e valores antecedentes numa situação histórica sempre singular. Ser vivo ele mesmo histórico, tentando construir seu meio em função do complexo de valores que localmente e singularmente são seus. Ser vivo que coloca a prova e retrabalha as normas antecedentes que são sempre insuficientes para fazer face à situação presente (CUNHA, 2007, p. 03).

Em todas as instâncias da atividade na vida, os valores são convocados mediante as relações que as criaturas humanas estabelecem. O valor constitui elemento orientador do agir humano, o que norteia o comportamento e a tomada de decisão do indivíduo. Principalmente, ante as relações de sociabilidade humana, a nossos atos da vida social e no manejo das coisas no mundo. Schwartz (1996) nos convida a perguntar: o trabalho tem um valor? E o que é que constitui o valor no trabalho?

No sentido subjetivo, valores é o peso que se atribui mais ou menos às coisas; uma hierarquia, uma categorização própria a cada um a propósito do que se estima, prefere, ou pelo contrário que se negligencia, rejeita. Em certa medida, é a tentativa de cada um de ter uma mestria sobre o meio no qual se encontra (exemplo: um escritório personalizado). A partir daí, um indivíduo não inventa sozinho nem completamente os seus valores: contudo, ele os retrabalha incessantemente, através das convocações e solicitações do meio e da vida social. Nisso, pelo menos parcialmente, ele os singulariza. Esses valores se incluem no nosso agir através das normas (normas antecedentes e normas endógenas) que comandam esse agir – mas a relação entre os valores e normas nunca é simples e natural (DURRIVE; SCHWARTZ, 2016, p. 385).

Para se compreender e agir na história é preciso um retrabalho permanente de valores. O autor assinala que as escolhas não são produtos do aleatório e que os valores circulantes são convocados como critérios para decidir. E o resultado dessas decisões passa pelo diálogo entre quem escolhe e o universo de valores previamente estabelecidos, um drama vivenciado por reencontro de valores, sempre retrabalhados. “Os valores não existem como um dado externo às dramáticas da atividade, externo às experiências vividas. Estas, ao contrário, não param de reelaborar, re-hierarquizar, redefinir esses valores” (SCHWARTZ, 2011b, p. 142).

Para Schwartz, “todo pensamento sobre o valor do trabalho deve tentar articular as “circulações” e as “barreiras” entre a forma do trabalho com a mercadoria e ou outros momentos da vida humana” (1996, p. 151). O que nos convida a pensar que na sociedade existem valores bastante distintos. Ele nos apresenta os “valores dimensionáveis” e “valores sem dimensão”, que se remete a dois tipos de valores: os valores mercantis, que são valores quantificáveis ou dimensionáveis e os valores não dimensionáveis, referentes ao bem comum.

Esses valores compõem o polo do mercado e o polo do político, respectivamente, e estão sempre em constante tensão. Tentando resolver este conflito atua um terceiro polo, o polo das gestões. A atividade, segundo ele, se distribui na seguinte distinção.

Os valores quantitativos em particularmente monetários, poderosos por sua simplicidade, maleabilidade, comensurabilidade. Mas o segredo de seu sucesso é serem antecipações puras ou puros resultados de atividades que desaparecem sob esses resultados. Esses valores pode ser um motivo, um objeto, portanto um valor para a atividade, mas eles jamais são tecidos *na* atividade, no momento em que ela deve escolher aquilo que *vale* a mais a pena. [...] Os valores “sem dimensões”: sem dimensões porque eles não possuem nenhuma unidade de medida para sua grandeza ou seus graus próprios de intensidade, ou para compará-los entre eles. Também nada diz sobre que afinidades, que ligações de condicionante a condicionado eles podem exibir, nem seu grau de exterioridade entre uns e outros (SCHWARTZ, 2011b, 142 e 143).

Os valores sem dimensões são então, tecidos na atividade e é na experiência que são elaborados e retrabalhados. Esses valores, na medida em que são operados na atividade, afloram outras definições. Mesmo na atividade de mais simples execução as escolhas são inerentes, para renormatizar em meio às prescrições, ante aos estrangimentos haverá valores a debater, caminhos a escolher. Já os valores dimensionados, são pautados em limites correspondentes a medidas e quantidades, que estão presentes de uma maneira especial no espaço do mercado, permitindo avaliações, critérios e indicadores sempre quantitativos.

Toda situação de trabalho supõe arbitragens, ponderações, critérios, engajamento, portanto, implicam em “dramas do uso de si”. Escolhas do tipo “qualidade” versus “rapidez”, “economia de si” versus “facilitar a vida coletiva”, etc. Esta situação de trabalho mesmo se frequentemente em penumbra, encontra-se imersa num universo de valores os quais não podemos compartimentar em “valores no trabalho” e “outros valores”, etc. Os valores circulam e se retrabalham entre o pólo “trabalho-emprego” e os outros encontros com a vida social e cultural (CUNHA, 2007, p. 10).

O valor do trabalho não deve ser compreendido então, limitado a ideia de trabalho como mercadoria, passando a ter valor devido às relações socioeconômicas que se estabelece. Mais do que isso, o valor axiológico do trabalho está em meio às atividades de trabalho que se fazem históricas, em que ocorre o debate de valor e as escolhas dos trabalhadores, o que representa os *usos de si* que influenciam na maneira de se reaprender e utilizar os saberes na atividade. O *uso de si* é o uso do sujeito, não só subjetivo, mas um ser convocado em sua totalidade,

Schwartz reforça que “a pessoa se remete ao corpo, mas também à história, se posso dizer, porque a história da pessoa está profundamente engajada nessa passagem; nosso corpo é um corpo ‘histórico” (2016b, p.34).

Esse *uso de si*, na atividade industriosa, ordena suas batalhas no agir com recentramento dos gestos, do corpo e da alma, com força de negociações infinitas de escolhas e de preferências, sempre orientado pelo valor agregado e sustentado pelas normas antecedentes que são retrabalhados no ato, no *aqui e agora*. A existência das normas está enraizada no mundo de valores. Para esse autor a:

Ação é de alguma maneira uma matéria estrangeira perpetuamente renovada, porque ela não pode se deixar aprisionar por um início e um fim: a ação é “*fugas*”, suas consequências se encadeiam numa série de eventos”, inéditos, que não são previsíveis e nem uniformes, mas variavelmente retrabalhados (SCHWARTZ, 2003a, p. 13).

Essa arbitragem da atividade industriosa exerce a maestria das sequências de debates com as normas antecedentes e como resultado das decisões, surgem permanente, novas normas a negociar, decisões a tomar, sempre apontadas por preferências, privilegiando o que vale mais. É nessa constante recriação que ocorrem as renormalizações, as dramáticas do *uso de si* de quem opera no trabalho, com a manifestação onipresente de um corpo impregnado de história e ao mesmo tempo, inseparável do ser biológico, histórico e singular. Schwartz define que essa entidade não autoriza dissociação entre consciente e inconsciente, “esse ser, lugar, base dessa enigmática sinergia, nós o chamamos *corpo-si*, e a atividade humana, negociação permanente dessas normas, uma sucessão, ou melhor, um encaixamento de dramáticas de uso de um corpo-si” (2016a, p. 254). Ele afirma que:

De um lado, cremos poder afirmar que o trabalho como uso de si é uso de um *corpo-si*. Com efeito, o essencial nessa fórmula, o debate entre o uso de si por si e o uso de si por outros, a inevitável arbitragem, e, portanto, a presença de valores que possibilitam as escolhas, as resultantes das dramáticas em termos de recentramentos, “renormalizações”, investem e se infiltram nos circuitos hierarquizados do agir que há em nosso corpo. Um *mundo de valores*, termo eminentemente obscuro, mas cuja presença em nós é indubitável, logo, um mundo em desaderência com relação a nossa presença no mundo *hic et nunc*, se dissemina em nossas conexões nervosas e fibras musculares para impor normas ao nosso agir (SCHWARTZ, 2014, p. 263).

Esses debates de normas complexos são resultados de emaranhados de *renormalizações*. Emaranhados sempre locais, que nenhum saber antecedente pode com toda segurança antecipar, senão segundo graus de probabilidade inatribuíveis. Portanto, toda forma de saber sobre o humano é

por uma parte sujeito à aprendizagem dos nós de renormalização que a vida no presente renova sem cessar, salvo para os que pretendem mecanizar nosso agir (SCHWARTZ, 2016a, p. 255).

É inerente, da atividade humana, subverter as normas, um fenômeno essencial em todos os sentidos na vida. A atividade é o destino da espécie humana para existir, decidir por ela mesma e se mobilizar no meio de normas antecedentes. Renormalizar para o humano é “*viver em saúde* em um meio que é sempre em parte infiel” (SCHWARTZ, 2016c, p. 62). O autor coloca que:

Pelo fato de o ser vivo qualificado viver no meio de um mundo de objetos qualificados, ele vive no meio de um mundo de acidentes possíveis. Nada acontece por acaso, mas tudo ocorre sob a forma de acontecimentos. É nisso que o meio é infiel. Sua infidelidade é exatamente seu dever, sua história (CANGUILHEM, 2010, p. 149).

O meio é um conjunto de normas estabelecidas pelos próprios indivíduos, reconhecidamente necessárias como estratégias para assessorar as instâncias de governo da vida. No entanto no trabalho, a atividade industriosa particularmente é campo que o entrecruzamento de normas se faz em um regime mais denso.

Nesse campo recheado de normas antecedentes, o trabalho, apresenta níveis ainda mais específicos de exigências com expectativa de resultados, apontando que há presença de traços do estatuto taylorista na tentativa de certo controle no agir humano. Boa parte dessas normas é arquitetada a distância e pensada por outros que atuam com noções sobre as circunstâncias do trabalho, mas que estão fora da realidade em situação. Essa condição de personificação das tarefas impõe ao agente que trabalha articular seus próprios recursos normativos frente à diversidade de normas que não foram criadas por ele.

Schwartz explica que o controle estrito exige reajustes para enfrentar tal condição. A esse manejo, entende que a “nossa vida é em consequência uma sequência de debates de normas, exigidos pela configuração normas antecedentes, de um lado, e impossível e invivível, do outro, que desembocam na série de resultantes que denominamos ‘renormalizações’” (2014, p. 264).

As renormalizações têm como amparo os valores mobilizados no debate de normas, conseqüentemente, essas mobilizam as dimensões axiológicas do sujeito. Esse processo só é possível pelo fato desse mesmo sujeito ter acesso a uma bagagem de saberes disponíveis no momento da sua atuação industriosa. Ele

dispõe de sinergias que se processam nas instâncias dos valores e dos saberes, no agir essa dialética se faz produtora de novas formas distintas de saberes.

Para Schwartz é impensável que se processe o ato de renormalização sem o recurso de saberes estocados: *a parte ante* disponível para cada pessoa na gestão do agir na situação real de trabalho. Ele menciona que esses recursos são inventários de saberes e que existe uma “dialética permanente do *ante* e do *post*, uma dimensão que se poderia chamar de epistêmica. Logo, a primeira questão nos remete a uma dualidade entre o axiológico e o epistêmico que há no cerne da atividade humana” (2014, p. 268).

3.3 Dispositivo Dinâmico de Três Pólos DDP3

Para a Ergologia, o Dispositivo de Três Pólos é um dispositivo de trabalho cooperativo de transformação, de formação, “é o lugar do encontro” (SCHWARTZ, 2010b, 267). O DDP3 abarca uma espécie de circulação dialética entre o pólo dos saberes constituídos e o pólo dos saberes investidos, sempre em confrontação, arbitrado por um terceiro polo, o das exigências ético e epistemológicas. Para Trinquet, a definição de pólo, a princípio, “consiste em um lugar virtual” (2010, p. 103).

Nessa abordagem, que estuda a atividade humana, o pólo dos saberes disciplinares constituídos são saberes em desaderência, desengajados da situação singular de trabalho (SCHWARTZ, 2006, 2010), necessariamente, convoca um segundo eixo o qual se denomina de saberes investidos, ou seja, a força de um saber específico que demanda sobre os problemas da realidade do trabalho. O terceiro pólo no DD3P remete as exigências ergológicas éticas, conceitos e meios. Cada pólo tem sua especificidade.

O primeiro, pólo dos saberes disponíveis, das competências disciplinares que convoca diferentes disciplinas para refletir sobre o trabalho como atividade humana. Remete ao pólo dos conceitos, aqueles dos saberes disciplinares constituídos, que consiste em convocação e enriquecimento mútuo, referente a todos os conceitos, competências e conhecimento de diferentes disciplinas acadêmicas e/ou profissionais, para refletir sobre o trabalho como atividade humana.

O segundo, pólo dos saberes que são processados e reprocessados na atividade de trabalho, as formas de saberes imbricadas na atividade e em aderência

com essa. Pólo do saber da experiência prática, referente aos saberes investidos na atividade com forças de convocação e reconvocação. São saberes, permanentemente, recriados através do debate de normas, que não podem ser contemplados ou controlados pelos saberes constituídos. Os saberes investidos dirigem-se para a força de um saber específico que debruça sobre os problemas da realidade da atividade.

O terceiro, pólo que convoca um terceiro eixo, que é o do desconforto intelectual, aquele do questionamento, da fricção entre os valores e do diálogo entre os conceitos epistêmicos das disciplinas constituídas e a experiência dos saberes investidos. Aqui prevalece a humildade intelectual, a de se deixar incomodar metodicamente, ao mesmo tempo com os saberes constituídos e as experiências de trabalho, a fim de progredir incessantemente nos dois planos. O objetivo maior do DD3P é incitar os atores a pôr em palavras o ponto de vista da atividade, com isso provocar a dialética e submetê-la a confrontação de saberes constituídos e os saberes investidos. Assim, o aprendizado com sentido único, prevalecendo o de mão dupla, indo do primeiro pólo ao segundo pólo com uma perspectiva transformadora. Para o autor, é nesse movimento duplo que instaura.

Um terceiro pólo, que não se *designa* interlocutores específicos, mas que indica a condição de uma circulação fecunda, de mão dupla, entre os dois primeiros pólos: como pensar o trabalho por cada um dos saberes e conjuntos de valores dos outros. Talvez seja esse o pólo de um humanismo enigmático, muito respeitoso para se informar junto aos outros parceiros sobre seus debates de normas, sobre sua maneira de construir os saberes que os sustentam (SCHWARTZ, 2011b, p. 163).

Configuram-se na reunião dos diferentes atores, apoiados em seus saberes, em torno do que se passa no trabalho, no cerne da realidade laboral. O engajamento desses protagonistas supõe uma espécie de requisito que é, ao mesmo tempo, uma exigência de aprendizagem, de domínio de conceitos e verbalização do trabalho, que pressupõe uma maneira de olhar o outro como semelhante. Trinquet esclarece que o DD3P está direcionado para o diálogo entre os pólos dos saberes investidos e dos saberes constituídos, viabilizando um terceiro pólo que é o das exigências ético e epistemológicas de valores e de meios. Ele acrescenta ainda que:

A circulação entre estes três pólos de conhecimentos, o jogo dos processos socráticos em duplo sentido e os outros conceitos e ferramentas ergológicas podem auxiliar no trabalho de formação de adultos trabalhadores valorando

a experiência que trazem e confrontando-a com os saberes constituídos e estocados no patrimônio científico (TRINQUET, 2008, p.150 e 151).

Conforme confere em entrevista com Borges e Souza (2010) da revista Cadernos de Psicologia Social do Trabalho, Trinquet discute um pouco mais sobre esses conceitos:

Para dominar um pouco melhor essa dialética obrigatória entre os saberes constituído e investido, seria conveniente conceber lugares de encontro ou espaços de cooperação, cujo objetivo essencial seria a organização de confrontação de pontos de vista e de trocas de informações relativas à atividade real, com o objetivo de reduzir essas incompreensões entre os diferentes registros da atividade industrial. E isso, utilizando de caminhos mais eficazes do que aqueles que existem atualmente e que são longos demais, estreitos demais e por demais fechados à passagem dos saberes práticos (de prudência) dos operadores (TRINQUET, 2010, p.156).

Essa metodologia se efetiva quando os profissionais se engajam nas atividades de observação e análise de sua própria situação com o objetivo de se libertarem de seus modos habituais de pensar e de falar de suas atividades. Para Schwartz (2011b, p. 162), esta ferramenta tem a finalidade de “incitar aqueles que vivem e trabalha a pôr em palavras um ponto de vista sobre sua atividade a fim de torná-la comunicável e de submetê-la a confrontação de saberes.” Ele ainda argumenta, atentando, que esse ponto de vista não está disponível, que é preciso ser construído, o que solicita que os saberes constituídos e socialmente reconhecidos se interroguem pela atividade.

Mas é necessário articular *permanentemente* o uso de si pelos outros e o uso de si por si: *pelos outros* que cruzam, como foi dito toda atividade de trabalho; e *por si* pois há sempre um destino a ser vivido, e ninguém poderá excluí-lo dessa exigência. Tal exigência é uma oportunidade, claro, pois é possibilidade de “desanonimar” o meio tentando fazer valer suas próprias normas de vida, suas próprias referências, através de uma síntese pessoal de valores. Essa tentativa é também um risco, pois os fracassos são possíveis – daí o sofrimento no trabalho (SCHWARTZ, 2010b, p. 195).

A gestão da atividade em situações de risco no ambiente de trabalho envolve também escolhas a se fazer. São escolhas implicadas nas experiências individuais e coletivas, que norteiam a hierarquização das tomadas de decisão. O uso *si por si*, o uso de *si pelos outros*, quando incluir ou excluir determinadas modos de operar a atividade de trabalho nas situações produtivas específicas, sendo que, trabalhar não é uma simples execução da tarefa.

4 ERGOLOGIA E A FORMAÇÃO NO CAMPO DA SAÚDE

4.1 A Ergologia

De acordo com Cunha (2010, p. 01) o foco da Ergologia está direcionado “nas análises do trabalho, reincorporar os trabalhadores enquanto *sujeitos* ético-políticos, históricos, socioculturais e epistemológicos.” A autora ainda nos alerta, que esse procedimento exige um grande empenho em observar o trabalho mais de perto quando propõe “observar o trabalho com uma lupa, implicando um aprofundamento das dimensões micro e macrossociais; da singularidade dos sujeitos e as diversas conjunturas político-sociais econômicas.”

Para Athayde e Brito não se trata de uma ciência que se configura em uma nova disciplina ou uma nova abordagem. A Ergologia seria concebida como “uma postura não só epistemológica. Tem a perspectiva de abrir ao máximo o ângulo sobre as dimensões da atividade humana” (2011, p. 258). Durrive enfatiza ainda que é uma ferramenta com a perspectiva de aprofundar sobre as questões que a modernidade coloca, “um modo de encaminhamento inovador para abordar a atividade humana” (2010, p. 19).

Trinquet aponta que a Abordagem Ergológica consiste em um estudo de toda atividade humana, em especial, a complexa atividade humana do trabalho. Tem como objetivo compreender a realidade da atividade humana na situação laboral, com o objetivo maior de analisar sob quais condições a atividade laboriosa se realiza efetivamente. De acordo com o autor, compreender o trabalho, “permite organiza-la melhor, portanto, tornar mais eficaz e rentável em seus aspectos econômicos, e principalmente sociais e humanas sem ter de forçar a sua intensidade e/ou sua cadência” (TRINQUET, 2010, p. 95).

A Ergologia é capaz de nos direcionar para uma maior eficácia e eficiência, quando aponta que ao dar visibilidade à nobreza da atividade de trabalho, enfatiza a necessidade de buscar compreender o trabalho onde ele acontece, estando atento ao que se apresenta nas situações de trabalho onde o debate de valores e as dramáticas do *uso de si* ali estão presentes. E ainda:

Que a perspectiva ergológica contribui consideravelmente para pensarmos as diversas formas de governo do trabalho, o que geralmente denomina-se gestão, gerência, administração, políticas, etc., mas, principalmente, para lançarmos um olhar para aquilo que geralmente fica na penumbra, a face oculta da lua, ou seja, a gestão que cada um de nós desenvolve para dar conta de seu trabalho, para preencher o fosso, já apontado há muito pelos ergonomistas, que se coloca entre o trabalho prescrito e o trabalho real (SOUZA; VERÍSSIMO, 2009, p. 77).

O objetivo maior da Ergologia é colocar em diálogo as várias abordagens disciplinares, descobrindo novos achados, novos conceitos, sempre abertos a novas perspectivas e horizontes para o conhecimento, que consiste em um processo que repousa na construção sempre inacabada. Em se tratando do conceito da atividade, esta abordagem encontra confluência de diferentes saberes: a Filosofia, Psicologia, Sociologia, Linguística, Ergonomia, e em dialética, o saber da experiência do trabalhador.

Segundo Cunha, a abordagem Ergológica do trabalho assinala contribuições fundamentais às novas tendências das ciências humanas e sociais e aponta que do “ponto de vista da atividade nos estudos do trabalho reintegra as dimensões psicológicas, sociais e culturais, tomando o ato de trabalho como “encarnado”, significativo e motivado, dimensões evacuadas pelo racionalismo científico” (2007, p. 01).

Ao realizar a atividade de trabalho em tempo real, a situação de trabalho se faz histórica no sentido de que não se encerra no que foi previsto. Efetivar a administração econômica da distância entre o trabalho prescrito e o trabalho real, é ao mesmo tempo, gerenciar o que antecede as normas previstas que enquadram a atividade, obedecer ou transgredir a regra arbitrária, tendendo a fazer à sua maneira na situação real de trabalho. Essa gestão é que se encontra o exercício do sujeito no trabalho, o que torna o trabalho vivo, nesse instante que se expressa à singularidade do ato individual, a atividade industrial é uma *“dramática do uso de si”* que configura, segundo os autores:

Na origem, um drama – individual ou colectivo – tem lugar quando ocorrem acontecimentos, que quebram os ritmos das sequências habituais, antecipáveis, da vida. Daí a necessidade de reagir, no sentido de: tratar esses acontecimentos, “fazer uso de si”. Ao mesmo tempo, isto produz novos acontecimentos, por conseguinte, transforma a relação com o meio e entre as pessoas (DURRIVE; SCHWARTZ, 2008, p. 25).

Cunha confirma que a “distância entre o prescrito e o real no trabalho é inevitável, neste hiato se inscrevem as renormalizações. Mesmo obedecer às normas antecedentes já é praticar escolhas. E ao operar nos interstícios das normas antecedentes, o homem faz história” (2007, p. 02). Trata-se da expressão da personalidade, o ator único, obrigatoriamente agindo na reconfiguração e no debate das normas antecedentes. Schwartz (2010a, p. 45) contempla essas declarações quando discute a seguir que:

Se admitimos que, trabalhar é sempre gerir debates de normas articuladas sobre um mundo de valores, são escolhas a fazer: a segunda dificuldade de colocação em palavras é de falar de si no trabalho. Gerir o aspecto *encontro de encontros* é gerir aquilo que os outros não geriram antes de nós, e se você faz escolhas, forçosamente tem critérios a partir dos quais você faz essas escolhas. Trabalhar sobre essas escolhas é trabalhar sobre você mesmo. Não é em quaisquer circunstâncias que falamos de nós mesmos de maneira mais profunda. Toda atividade é sempre dramática do uso de si, uso de si por si e uso de si pelos outros. Essa *dramática* está longe de ser plenamente consciente, trata-se, então, de um trabalho sobre si mesmo: nós nos descobrimos aqui nos dois sentidos do termo, descobrimos a nós mesmos e nos descobrimos *vis-a-vis* dos outros.

É fato que nas instituições de saúde os gestores, inevitavelmente, exigem o cumprimento das normas. O que indica que essas normas, fundamentais e incontestáveis, viabilizam o trabalho coletivo norteando os procedimentos na sua forma de execução. A prescrição é necessária para que sejam atingidos os objetivos propostos. No entanto, trabalhar exige escolhas, um drama a ser vivenciado. Como explica o autor.

Quando você entra num lugar de trabalho, há uma pluralidade de normas antecedentes, que podem ser da ordem do emprego, do organograma, das regras comuns, dos objetivos de gestão e de produção, das maneiras de fazer. Há toda uma série de normas antecedentes inseridas, bem mais ampla que uma simples enumeração de procedimentos. As normas antecedentes podem, aliás, ser também renormalizações coletivas estabilizadas, mais ou menos aceitas, isto é forçosamente um pouco sutil, mas inevitável (SCHWARTZ, 2016b, p. 39).

É exatamente quando se vivencia esse drama, que se apresenta o debate de normas e valores, Athayde e Brito (2011, p. 271), reforçam essa afirmativa quando colocam que “emerge daí o debate de normas, tendo como fundo valores, macro e micro em relação,” portanto, trabalhar é gerir.

4.2 O trabalho do profissional de enfermagem e a urgência da atividade

Segundo Avellar (2007), o profissional da enfermagem na situação de trabalho de uma unidade de urgência, vivencia o exercício profissional sob exaustiva exigência derivada de estímulos físicos, com desfavoráveis condições de trabalho, bem como os estímulos psíquicos ao lidar com perdas, dor e morte, constantemente.

Esses profissionais da saúde no setor de urgência estão diretamente ligados aos cuidados imediatos dos pacientes, portanto são os mais requisitados nessas unidades de saúde para as demandas de maior resolubilidade. Esse contexto de trabalho, quase sempre é norteado pela dor e sofrimento alheio (PITA, 1990) e em contato intenso com ambiente insalubre, o trabalhador estará suscetível a sistemáticos desgastes físicos, orgânicos e emocionais, realidade que exige do trabalhador mobilizações subjetivas como apoio para o não adoecimento psíquico (ARAÚJO *et al.*, 2003).

A saúde dos trabalhadores encontra-se diretamente relacionada às condições de trabalho dentro da organização, que incluem relações do processo de trabalho, bem como as condições da ocupação. Nas organizações onde se presta serviços de saúde, os trabalhadores guardam estreitas relações com as condições referentes à exposição de riscos generalizados. Assunção e Belisário (2007, p. 10 e 11) sustentam que:

Essas condições consistem nas circunstâncias em que o trabalho é realizado e dizem respeito, para efeito de distinção analítica, à exposição aos riscos físicos, químicos, mecânicos (que provocam acidentes e demandam esforços musculoesqueléticos intensos) e biológicos.

As condições de trabalho estão estreitamente relacionadas com causas e determinantes dos acidentes de trabalho, o que é comprovado quando existe um aumento de dados sobre esse campo. As autoras ainda indicam que os “acidentes de trabalho, as doenças profissionais, os afastamentos por doenças ou sequelas de acidentes, as incapacidades temporárias e definitivas para o trabalho são indicadores tradicionais da realidade sanitária dos trabalhadores.”

Frequentemente as políticas de gestão das organizações de saúde se direcionam, equivocadamente, para as causas e os determinantes dos acidentes de trabalho e as enfermidades, dirigidos sempre para a cura, com deficiências no que tange às ações preventivas. Existe a necessidade de desenvolver estratégias de gestão que influenciem na situação de trabalho, voltadas para o envolvimento e cooperação dos trabalhadores. As formas de organização do trabalho sofreram mudança de paradigma nas últimas décadas, conforme os autores concluem que:

As evoluções recentes no mundo do trabalho têm conduzido a sucessivas alterações dos equipamentos, métodos e formas de organização do trabalho, impulsionadas também por exigências legais e pressões sociais cada vez mais fortes, no sentido de uma maior preocupação com a qualidade de produção e, particularmente, com a segurança e a saúde dos trabalhadores (VASCONCELOS; LACOMBLEZ, 2004, p. 162).

A promoção de políticas de gestão requer novas posturas sobre visibilidade da atividade de trabalho como reconhecimento do investimento pessoal e requer, também, efetivar estratégias que viabilizem a participação dos atores da situação de trabalho, proporcionando seu envolvimento coparticipativo nas decisões referentes à gestão da estrutura organizacional de trabalho em que se insere.

Uma estrutura organizacional fortalecida nesses aspectos desenvolve a produtividade e a qualidade dos serviços ofertados, além de refletir positivamente na forma e nas condições de trabalho, o que pode atingir diretamente no modo de trabalhar e influenciar na susceptibilidade dos trabalhadores aos riscos, a prevenção e ao adoecimento.

4.3 Quanto à formação dos profissionais de saúde

Vasconcelos e Lacomblez ilustram que a formação e capacitação dos trabalhadores geralmente são ofertadas fora da situação de trabalho, em salas de aulas, além de lecionadas por profissionais que estão alheios a concreta realidade da situação de trabalho. Os formadores, muitas das vezes, generalizam as categorias de trabalhadores, desconsiderando que cada ambiente de trabalho possui suas particularidades e rotinas no modo de trabalhar, incluindo o espaço físico e a dinâmica organizacional de cada setor de saúde. Quanto a formação, as autoras argumentam que:

Normalmente concebida por profissionais-especialistas, sem qualquer participação dos sujeitos a quem se destina, baseada em métodos expositivos e, muitas das vezes sem referência direta à especificidade das situações que visa atingir (VASCONCELOS; LACOMBLEZ, 2004, p. 167).

Propostas relacionadas à formação e capacitação dos trabalhadores ainda repousam na tradicional didática professor/aluno, porém caminham para desconstrução gradativa, por se tratar de maneiras formais que acabam por levar os trabalhadores a não absorver os conteúdos de modo satisfatório. Novas perspectivas pedagógicas vêm influenciando o sistema educacional no mundo inteiro, quebrando paradigmas tradicionais no modo de transmitir conhecimento. Nesse segmento, Trinquet (2008, p. 149) faz observações pertinentes quanto à inclusão do trabalhador em seu processo de aprendizagem.

Ao invés do trabalhador-aluno se deslocar para o local de formação, é o formador que vai ao local de trabalho e que concebe a sua formação a partir do seu programa, dos objetivos atribuídos pelo requerente e as condições de trabalho que encontra. Em outros termos, ele parte da realidade do trabalho, e em função dos objetivos definidos, organiza a formação. Esta forma de pensar a formação profissional substitui a tradicional porque ela exige do professor adaptar sua teoria à realidade de trabalho e não o contrário.

As abordagens formativas dominantes não incluem saber da experiência do trabalhador como peça fundamental na promoção de conhecimento. Para Vasconcelos e Lacomblez (2004, p. 168 e 169), transformar as condições de trabalho significa realizar a “integração dos saberes na ação (na actividade de trabalho), bem como na *formação para a ação*, só pode ser alcançada a partir da análise do trabalho e com a participação efetiva dos trabalhadores, actores principais da prevenção”.

Eles ainda afirmam que, “só as podemos verdadeiramente conhecer, compreender, trabalhar, se as olharmos desde um outro ponto de vista, a partir da análise do trabalho real e o seu sentido para os seus actores.” A formação baseada na real situação da atividade de trabalho direciona para ações estratégicas que possibilitam repercussão nas condições de trabalho, enfatizando a transformação dessas condições. Outro autor discute sobre esse aspecto da formação, chamando a atenção ao afirmar que:

É lamentável porque se o *métier* é definido pelo controle das tarefas, percebe-se, porém, que o processo de qualificação pode começar bem

antes que os conceitos sejam controlados. Mas isso supõe reconhecer a atividade em face da tarefa. A vida no trabalho, desde que ela se torne reflexiva, é uma poderosa alavanca de formação (DURRIVE, 2011, p. 63).

Enfatizar, nesse estudo, a relevância dos saberes investidos, dos servidores da saúde, indica um olhar diferenciado para com as maneiras que esses profissionais gerenciam a real atividade de trabalho em um ambiente, onde, as condições para executar as tarefas laborais são extremamente hostis, comprometendo a qualidade do serviço de saúde.

Essas e muitas outras questões surgem diante da legitimação da precariedade das condições de trabalho no setor de saúde, principalmente pelo fato de que a instituição que cuida dos doentes também produz seus próprios doentes. As doenças profissionais, as condições de trabalho e a constante pressão de lher dar com a vida e a morte, podem aumentar os riscos de acidentes, além de comprometer a qualidade dos serviços prestados aos usuários do sistema.

A origem dessas inquietações, como questionamentos, insurgiu da experiência profissional vivenciada pela autora desse estudo. A experiência de vida guia o pesquisador nas suas escolhas, por influenciar e afetar suas reflexões sistemáticas, numa tentativa de responder aos próprios questionamentos (MILLS, 2009).

A vivência na prática de trabalho e no ambiente organizacional da unidade de atendimento a urgências do hospital sinaliza que é um lugar onde as condições de trabalho são insalubres e de extrema exigência quanto à urgência de procedimentos, com intenso dispêndio de atenção e alta perícia do Auxiliar e do Técnico de Enfermagem. Cenário calcado no *aqui e agora* que muitas vezes se apresenta com limite para a atuação do trabalhador em confronto a sua prática. Ressalta aqui as colocações das autoras, quando expressam exatamente esse contexto.

A urgência coloca em destaque o imperativo da ação. Essa requer respostas imediatas às demandas que surgem. Os trabalhadores devem ser eficazes e responder a totalidade de demandas que lhes são endereçadas. Exige-se eficiência no menor tempo possível e tolera-se pouco qualquer tipo de limite. [...] No cotidiano a urgência se apresenta como um imaginário motor, visto que nos hospitais a grande precariedade tem implicações de vida ou morte dos pacientes. [...] A vivência de situações limite é forte, é realmente no com texto hospitalar que esta se apresenta de forma crua, sem meandos (BARROS; CARRETEIRO, 2011, p. 218).

Os Auxiliares e Técnicos de Enfermagem estão diretamente ligados aos cuidados imediatos dos pacientes, portanto, são os mais requisitados principalmente nas unidades de urgência em saúde para as demandas de maior resolubilidade. São profissionais *não-médicos* que constroem os próprios critérios para além do trabalho prescrito na urgência e se sente responsáveis em identificar os agravos (GIGLIO-JACQUEMOT, 2005).

Em contato intenso com ambiente insalubre, o trabalhador está suscetível a sistemáticos desgastes físicos, orgânicos e emocionais (ARAÚJO *et al.*, 2003), realidade que exige do trabalhador ressignificações de saberes, que em confronto com as normas patronais, torna possível as renormalizações de suas ações, *as dramáticas do uso de si, por si e pelos outros* (SCHWARTZ, 2010b).

Esse contexto direciona para a necessidade de desenvolver estratégias de gestão que influenciem na situação de trabalho, voltadas para o desenvolvimento, envolvimento e participação dos trabalhadores, atendendo parte dos pressupostos da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (ParticipaSUS)³².

Assunção e Belisário ressaltam a necessidade rever essas práticas políticas e incentivar as “estratégias formais e informais de cooperação intra e inter-equipes que poderiam orientar os pressupostos da gestão do trabalho nos serviços mais do que a tradicional abordagem relação custo-benefício em busca da eficiência no setor saúde” (2007, p.13).

A promoção de políticas de gestão requer novas posturas sobre visibilidade da atividade de trabalho como reconhecimento do investimento pessoal e requer, também, efetivar estratégias que viabilizem a participação dos atores da situação de trabalho, proporcionando seu envolvimento coparticipativo nas decisões referentes à gestão da estrutura organizacional de trabalho em que se insere. Uma estrutura organizacional fortalecida nesses aspectos desenvolve a produtividade e a qualidade dos serviços ofertados, além de refletir positivamente na forma e nas condições de trabalho, o que pode atingir diretamente no modo de trabalhar e influenciar na susceptibilidade dos trabalhadores aos riscos, a prevenção e ao adoecimento.

Nessa perspectiva a prestação de serviços em saúde pública, sobretudo nas ações em que a assistência é direta com os usuários, pela própria natureza do

³² http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_estrategica_participasus_2ed.pdf

serviço, permanentemente, o trabalhador exerce suas atividades singularizadas, o que dificulta a aplicação das prescrições dadas pelas instituições. A eficácia de seus gestos técnicos nos procedimentos, quase sempre, só é permissível quando se quebra a formalização das prescrições dos seus atos (PIRES *et al.*, 2009).

Ao discutir sobre trabalho, principalmente, no caso com saúde, o objeto de trabalho é “um” outro indivíduo concreto que influencia o processo de trabalho dos profissionais, numa relação dialética. Gerenciar a prescrição das atividades envolve escolhas, arbitragens, hierarquização das ações, que se apropriam de valores que orientam para a tomada de decisões.

Cogita-se sobre as formas atuais de capacitação e formação nas instituições de saúde, que tendem a distanciar da situação real de trabalho, mascarando este universo com suas complexidades (TRINQUET, 2010). Os saberes adquiridos ao longo dos processos de capacitação e formação do trabalhador de saúde são necessários, mas ainda insuficientes para atuar no cenário em que a urgência requer eficácia e eficiência, lugar onde o trabalhador é julgado por ele próprio, pelos companheiros de trabalho e pelos usuários do sistema.

Os gestores poderiam abrir espaço para a escuta permanente da realidade de trabalho, podendo, ainda que parcialmente, integrar as lições da experiência e da real situação de trabalho, essas que contemplam o real da atividade e também são produtora de saberes propriamente dito. O autor nos alerta que:

Se não se faz um esforço de ir ver de perto como cada um não apenas “se submete” – entre aspas – mas vive e tenta recriar sua situação de trabalho, se não se faz esse esforço, então interpreta-se, julga-se e diagnostica-se no lugar das próprias pessoas e isso não pode produzir resultados positivos” (SCHWARTZ, 2010a, p. 26).

Para compreender parte dessa dinâmica, busca-se apoio na Ergologia como abordagem que coloca, essencialmente, a experiência do operador, com o mesmo estatuto que o conhecimento do especialista. Haveria, nesse caso, não uma concorrência ou uma oposição, mas uma complementaridade entre esses diferentes registros (TRINQUET, 2010).

Busca-se com isso o desenvolvimento de métodos de análise da situação real de trabalho e dos saberes dos servidores, repensando as políticas de certificação ocupacional e profissional. Elaborando um diagnóstico aprofundado dos problemas

reais inerentes às práticas que o ofício apresenta com uma visão simplificada do trabalho.

4.4 A capacitação do profissional de saúde

4.4.1 As atribuições dos servidores na legislação e normas institucionais

Legislação do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais (Coren-MG), Leis e Decretos regulamentares expedidas pelo Poder Executivo de acordo com o artigo 84, inciso IV da Constituição Federal.

LEI N.º 7.498, DE 25 DE JUNHO DE 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências.

Art. 7º São Técnicos de Enfermagem:

I - o titular do diploma ou do certificado de Técnico de Enfermagem, expedido de acordo com a legislação e registrado pelo órgão competente;
II - o titular do diploma ou do certificado legalmente conferido por escola ou curso estrangeiro, registrado em virtude de acordo de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil como diploma de Técnico de Enfermagem.

Art. 8º São Auxiliares de Enfermagem:

I - o titular de Certificado de Auxiliar de Enfermagem conferido por instituição de ensino, nos termos da lei e registrado no órgão competente;
II - o titular de diploma a que refere a Lei nº 2.822, de 14 de junho de 1956;
III - o titular do diploma ou certificado a que se refere o inciso III, do art. 2º, da Lei nº 2.604, de 17 de setembro de 1955, expedido até a publicação da Lei nº 4.024, de 20 de dezembro de 1961.

Art. 12º. O Técnico de Enfermagem exerce atividade de nível médio, envolvendo orientação e acompanhamento do trabalho de enfermagem em grau auxiliar, e participação no planejamento da assistência de enfermagem, cabendo-lhe especialmente:

- a) participar da programação da assistência de enfermagem;
- b) executar ações assistenciais de enfermagem, exceto as privativas do Enfermeiro, observado o disposto no parágrafo único, do art. 11, desta Lei;
- c) participar da orientação e supervisão do trabalho de enfermagem em grau auxiliar;
- d) participar da equipe de saúde.

Art. 13º. O Auxiliar de Enfermagem exerce atividades de nível médio, de natureza repetitiva, envolvendo serviços auxiliares de enfermagem sob supervisão, bem como a participação em nível de execução simples, em processos de tratamento, cabendo-lhe especialmente:

- a) observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas;
- b) executar ações de tratamento simples;
- c) prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente;
- d) participar da equipe de saúde.

Art. 15º. As atividades referidas nos artigos 12 e 13 desta Lei, quando exercidas em instituições de saúde, públicas e privadas, e em programas de saúde, somente podem ser desempenhadas sob orientação e supervisão de Enfermeiro. (BRASIL, 1986).

DECRETO Nº. 94.406, DE 08 DE JUNHO DE 1987. Regulamenta a Lei nº. 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências, usando das atribuições que lhe confere o artigo 81, item III, da Constituição, e tendo em vista o disposto no artigo 25 da Lei nº. 7.498, de 25 de junho de 1986.

Art. 5º São Técnicos de Enfermagem:

- I - o titular do diploma ou do certificado de Técnico de Enfermagem, expedido de acordo com a legislação e registrado no órgão competente;
- II - o titular do diploma ou do certificado legalmente conferido por escola ou curso estrangeiro, registrado em virtude de acordo de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil como diploma de Técnico de Enfermagem.

Art. 6º São Auxiliares de Enfermagem:

- I - o titular do certificado de Auxiliar de Enfermagem conferido por instituição de ensino, nos termos da Lei e registrado no órgão competente;
- II - o titular do diploma a que se refere a Lei nº 2.822, de 14 de junho de 1956;
- III - o titular do diploma ou certificado a que se refere o item III do Art. 2º da Lei nº 2604, de 17 de setembro de 1955, expedido até a publicação da Lei nº. 4.024, de 20 de dezembro de 1961;
- IV - o titular de certificado de Enfermeiro Prático ou Prático de Enfermagem, expedido até 1964 pelo Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia, do Ministério da Saúde, ou por órgão congênere da Secretaria de Saúde nas Unidades da Federação, nos termos do Decreto nº. 23.774, de 22 de janeiro de 1934, do Decreto-lei nº 8.778, de 22 de janeiro de 1946, e da Lei nº. 3.640, de 10 de outubro de 1959;
- V - o pessoal enquadrado como Auxiliar de Enfermagem, nos termos do Decreto-lei nº 299, de 28 de fevereiro de 1967;
- VI - o titular do diploma ou certificado conferido por escola ou curso estrangeiro, segundo as leis do país, registrado em virtude de acordo de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil como certificado de Auxiliar de Enfermagem.

RESOLUÇÃO COFEN Nº. 306, 25 DE ABRIL DE 2006. Dispõe sobre as competências e atribuições do enfermeiro na área de Hemoterapia.

Art. 3º - As atribuições dos profissionais de Enfermagem de nível médio serão desenvolvidas de acordo com a Lei do Exercício Profissional, sob a supervisão e orientação do Enfermeiro responsável técnico do Serviço ou Setor de Hemoterapia.

RESOLUÇÃO COFEN Nº. 375, 22 DE MARÇO DE 2011. Dispõe sobre a presença do Enfermeiro no Atendimento Pré-Hospitalar e Inter-Hospitalar, em situações de risco conhecido ou desconhecido.

§ 1º A assistência de enfermagem em qualquer serviço Pré-Hospitalar, prestado por Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, somente poderá ser realizada sob a supervisão direta do Enfermeiro.

RESOLUÇÃO COFEN Nº. 423, DE 09 DE ABRIL DE 2012. Normatiza no âmbito do sistema Cofen a participação do enfermeiro na atividade de classificação de riscos.

O Conselho Federal de Enfermagem - COFEN, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela Lei nº. 5.905, de 12 de julho de 1973, e pelo Regimento Interno da Autarquia, aprovado pela Resolução Cofen nº. 421, de 15 de fevereiro de 2012, e Considerando o artigo 11, inciso I, alínea "m", da Lei do Exercício Profissional da Enfermagem nº 7.498, de 25 de junho de 1986, segundo o qual o Enfermeiro exerce todas as atividades de Enfermagem, cabendo-lhe, privativamente, a execução de cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas;

RESOLUÇÃO COFEN Nº. 511, 31 DE MARÇO DE 2016. Dispõe da norma técnica sobre a atuação dos Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem em Hemoterapia.

Art. 4º - Os Enfermeiros Coordenadores de Serviços de Hemoterapia, preferencialmente deverão ser Especialistas na área;

Art. 5º - Os Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem somente poderão atuar nos Serviços de Hemoterapia, desde que devidamente capacitados;

Art. 6º – Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação. Revogando-se as disposições em contrário, especialmente a RESOLUÇÃO COFEN nº 306, de 25 de abril de 2006, que normatiza a atuação do Enfermeiro em Hemoterapias.

Segundo o concurso mais recente realizado pela UFMG, no edital nº 358, de 27 de junho de 2016, publicado no DOU em 28 de junho de 2016, os requisitos para a investidura do cargo de:

AUXILIAR DE ENFERMAGEM, Nível Classificação C, Nível Capacitação I, Padrão 01. Requisitos Básicos para investidura no cargo: Ensino Médio completo profissionalizante ou ensino médio completo com curso de Auxiliar de Enfermagem e registro no conselho competente. Descrição Sumária do Cargo: Prestar assistência ao paciente, atuando sob supervisão de enfermeiro; trabalhar em conformidade com as boas práticas, normas e procedimentos de biossegurança. Auxiliar nas atividades de ensino, pesquisa e extensão.

TÉCNICO EM ENFERMAGEM, Nível Classificação D, Nível Capacitação I, Padrão 01. Requisitos para investidura no cargo: Ensino Médio completo profissionalizante ou ensino médio completo com curso Técnico em Enfermagem e registro no conselho competente. Descrição Sumária do Cargo: Desempenhar atividades técnicas de enfermagem em clínicas, hospitais, ambulatórios, postos de saúde, outros estabelecimentos de assistência à saúde, embarcações e domicílios; atuar em cirurgia, terapia, puericultura, pediatria, psiquiatria, obstetrícia, saúde ocupacional e outras; prestar assistência ao paciente e ou usuário, atuando sob supervisão de enfermeiro; organizar ambiente de trabalho. Trabalhar em conformidade às boas práticas, normas e procedimentos de biossegurança. Assessorar nas atividades de ensino, pesquisa e extensão (UFMG, 2016, p 05).

A EBSEERH realizou o primeiro concurso destinando vagas de área assistencial direcionadas para o HC da UFMG em 27 de abril de 2014. Segundo edital de 21 de fevereiro de 2014, publicado no DOU em 08 de janeiro de 2014, não havia vaga para o cargo de auxiliar de enfermagem. Os requisitos e atribuições para investidura do cargo de:

TÉCNICO EM ENFERMAGEM:

1. Código de Ética em Enfermagem. 2. Lei Nº 7.498, de 25 de junho de 1986. 3. Decreto Nº 94.406, de 8 de junho de 1987. 4. Enfermagem no centro cirúrgico. 4.1. Recuperação da anestesia. 4.2. Central de material e esterilização. 4.3. Atuação nos períodos pré-operatório, trans-operatório e pós-operatório. 4.4. Atuação durante os procedimentos cirúrgico-anestésicos. 4.5. Materiais e equipamentos básicos que compõem as salas de cirurgia e recuperação anestésica. 4.6 Rotinas de limpeza da sala de cirurgia. 4.7. Uso de material estéril. 4.8. Manuseio de equipamentos: autoclaves; seladora térmica e lavadora automática ultrassônica. 5 Noções de controle de infecção hospitalar. 6 Procedimentos de enfermagem. 6.1. Verificação de sinais vitais, oxigenoterapia, aerosolterapia e curativos. 6.2. Administração de medicamentos. 6.3. Coleta de materiais para exames. 7. Enfermagem nas situações de urgência e emergência. 7.1. Conceitos de emergência e urgência. 7.2. Estrutura e organização do pronto socorro. 7.3. Atuação do técnico de enfermagem em situações de choque, parada cardio-respiratória, politrauma, afogamento, queimadura, intoxicação, envenenamento e picada de animais peçonhentos. 8. Enfermagem em saúde pública. 8.1. Política Nacional de Imunização. 8.2. Controle de doenças transmissíveis, não transmissíveis e sexualmente transmissíveis. 8.3. Atendimento aos pacientes com hipertensão arterial, diabetes, doenças cardiovasculares, obesidade, doença renal crônica, hanseníase, tuberculose, dengue e doenças de notificações compulsórias. 8.4. Programa de assistência integrada a saúde da criança, mulher, homem, adolescente e idoso. 9. Conduta ética dos profissionais da área de saúde. 10. Princípios gerais de segurança no trabalho. 10.1. Prevenção e causas dos acidentes do trabalho. 10.2. Princípios de ergonomia no trabalho. 10.3. Códigos e símbolos específicos de Saúde e Segurança no Trabalho. (EBSEERH, 2014, p. 09).

4.4.2 Capacitação continuada do servidor da saúde no HC da UFMG

No HC, existem iniciativas que buscam alcançar metas de capacitação do servidor que atua com regime de RJU no HC. Há anos a, Pró-Reitoria de Recursos Humanos da UFMG (PRORH), enfatizando aqui o Programa de Capacitação Profissional (PROCAP) que em 2010 foi implantado na categoria e área de atuação da prática em Gestão de Pessoas – Desenvolvimento, para a capacitação, aperfeiçoamento e preparação para mudanças, no HC.

Buscava-se viabilizar ações de capacitação de modo a potencializar o profissional a partir da construção coletiva de ações institucionais visando prestação

de serviços com qualidade e qualidade de vida no trabalho, entendendo o trabalho como uma ação produtiva na esfera da vida do trabalhador e este como um ser em transformação social, a partir do contexto no qual está inserido.

Neste sistema, a instituição de saúde carece de profissionais especializados e qualificados para desempenhar sua missão e atender às necessidades dos pacientes. O Plano Integrado de Desenvolvimento de Recursos Humanos (PLIDERH) do HC da UFMG contempla o programa de gestão de desempenho, melhoria de qualidade de vida, movimentação e acompanhamento funcional e o programa de capacitação que se articula com as políticas institucionais.

É neste contexto que o PROCAP investe qualificar as pessoas em conformidade com as metas institucionais e com exigências de órgãos normatizadores, possibilidade de promoção da qualidade de vida no trabalho, progressão profissional por capacitação e qualificação de acordo com o Plano de Carreira dos Cargos Técnico Administrativos em Educação da UFMG, como apresentado na Tabela.

Tabela 1 – Incentivo do Programa de Capacitação da UFMG 2012

PERCENTUAIS DE INCENTIVO À QUALIFICAÇÃO		
Nível de escolaridade formal superior ao previsto para o exercício do cargo (curso reconhecido pelo Ministério da Educação)	Área de conhecimento com relação direta	Área de conhecimento com relação indireta
Ensino médio completo	10%	-
Ensino fundamental completo	15%	-
Ensino médio profissionalizante ou ensino médio com curso técnico completo	20%	10%
Curso de graduação completo	25%	15%
Especialização, com carga horária igual ou superior a 360h	30%	20%
Mestrado	52%	35%
Doutorado	75%	50%

Fonte: Anexo IV à Lei nº 11.091, de 12/01/2005, alterado pelo Anexo XVII à Lei nº 12.772, de 28/12/2012, publicada no DOU de 31/12/2012.

Este programa foi desenvolvido e implementado com base nos referenciais teóricos da Educação Permanente em Saúde do Ministério da Saúde e Indicadores de Qualidade dos órgãos de acreditação e certificação de hospitais. Conclui-se que, dentre outros fatores, o êxito do PROCAP – HC/UFMG deve-se à grande adesão dos profissionais, às conquistas alcançadas pelas políticas nacionais de educação e saúde, além do apoio e incentivo da Reitoria da UFMG e Direção do Hospital (PROCAP, 2010, p. 03).

A Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem (VDTE) do HC da UFMG é responsável pelo planejamento e execução de capacitações para os auxiliares, técnicos e enfermeiros nas diversas especialidades atendidas pelo hospital. De 2008 a 2010, promoveu diversos cursos que foram aproveitados pelos servidores RJU no programa de incentivo a qualificação da UFMG conforme discriminado: Módulos de 30 horas para 23 turmas na área de assistência e 05 turmas de curso de 120 horas: Urgência e Emergência; UTI e Unidade Coronariana; Nefrologia e Hemodiálise; Saúde da Mulher e do Recém Nascido; Pediatria e Neonatologia e o Curso Básico de Perfusão. E ainda permanece na elaboração de planos de cursos.

Dentre os profissionais beneficiados, aproximadamente 1500 pertencem à equipe de enfermagem da Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem (VDTE) do HC/UFMG, que mantêm desde 2008 uma Comissão de Educação Permanente trabalhando com o PROCAP na implementação das ações de capacitação específicas para esta categoria profissional, institucionalizando cursos de atualização com instrutores internos. A VDTE criou um banco de talentos para cadastro de profissionais com habilitação e interesse para atuarem como instrutores (PROCAP, 2010, p. 06).

O servidor descreve sobre as capacitações realizadas no período.

Antes da empresa entra. Isso há uns... 3, 4 anos antes. Eles sempre ofereciam cursos pra gente. Antigamente eu acho que dava muito mais curso. Depois que a EBSERH entrou, eu acho que pra gente, eu acho que diminuiu os cursos. Porque antes eles davam muito curso de reciclagem e tudo. A gente às vezes ia até fora do nosso horário. Ai você ganhava no banco de horas. Eles davam antes pra gente, eles davam mais cursos do que agora. Curso de PCR, curso de nutrição. É... Parenteral, curso de PCR. Ah, eu já fiz um tanto de curso aqui. Eles faziam vários cursos (AUX-01).

Outra participação da VDTE foi à produção de um manual das instruções técnicas e operacionais de trabalho de enfermagens e referidas atualmente como Instruções Trabalho Técnico (ITTs). A elaboração da ITTs se processou entre os anos de 2005 a 2011, através de comissões gerenciadas pela VDTE, com a

participação de diversos membros atuantes na assistência a saúde no HC da UFMG. Segundo a comissão foi um “trabalho foi árduo, algumas vezes repetitivo e enfadonho, porém muito gratificante. Cada instrução concluída constituía um incentivo para a construção de outras e, assim, terminar a elaboração do manual” (VDTE HC/UFMG, 2011, p. 17).

A confecção do manual teve como meta principal padronizar as atividades desenvolvidas pelo corpo de Enfermagem do HC/UFMG. Esta padronização facilitará a capacitação deste grupo de profissionais; auxiliará na realização das ações técnicas propriamente ditas; exercitará o gerenciamento dessas ações através das atividades de educação, acompanhamento, avaliação e controle; e também subsidiará o ensino e a pesquisa desenvolvidos na Instituição. Outro aspecto relevante, que destaca a importância do manual, é o atendimento aos critérios descritos nos níveis de certificação da qualidade em serviços de saúde e normatizações dos conselhos de classe da enfermagem.³³

Outro acontecimento de importância no contexto da formação no HC da UFMG remete-se a um curso destinado aos servidores, na área de capacitação técnica de atribuições do cargo de técnico de enfermagem, para contemplar os servidores que ocupavam cargo extinto de atendente de enfermagem (Anexo E) desde 1986 e capacitar o maior número de auxiliar de enfermagem.

O Ministério da Saúde criou uma Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, nessa secretaria insere o Projeto de profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE) em seu Departamento de Gestão da Educação na Saúde. “O PROFAE é um programa do Ministério da Saúde, financiado pelo Fundo de Amparo ao Trabalhador – FAT e pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento – BID, que objetiva qualificar os agentes informais de saúde como Auxiliares de Enfermagem.” (UFMG, 2001, p. 65).

O curso foi desenvolvido para qualificar os profissionais da enfermagem com uma abordagem pedagógica voltada para no cotidiano de seu trabalho na perspectiva da promoção de saúde produzindo melhores indicadores de saúde e conseqüentemente, qualificar os profissionais para adequada atuação nos processos de formação de nível médio em saúde. A intenção era de instrumentalizar os profissionais para uma educação em saúde e desenvolver estudos que possibilitem alcançar tecnologias no que abarca a informação e a comunicação, visando contemplar a formação dos servidores.

³³ VDTE HC/UFMG, 2011, p. 20.

Neste cenário de transformações, no ano 2000, é criado o Projeto de profissionalização dos Trabalhadores da Área da Enfermagem (PROFAE) como uma estratégia do Ministério da Saúde para melhorar a qualidade da assistência prestada pelos trabalhadores de enfermagem nas unidades do Sistema Único de Saúde. Três fatores foram decisivos para que a implementação do PROFAE fosse reconhecida, no circuito acadêmico e de serviços, como uma iniciativa de grande significado social: falta de qualificação dos trabalhadores que atuavam nos múltiplos espaços e ações de Saúde, no campo da Enfermagem, risco de desemprego em consequência do exercício ilegal da profissão e o risco a que a população estava submetida pela baixa qualidade das ações desempenhadas por estes trabalhadores (PROFAE, 2006, p. 02).

4.4.3 Acreditação do Hospital das Clínicas

O HC vem desde 2007 passando por processo de Acreditação da Joint Commission International (JCI), um dos mais respeitados órgãos de certificação de organizações de saúde. Conforme fragmento a seguir exposto. As visitas são realizadas pelo Consorcio Brasileiro de Acreditação (CBA)³⁴ e são de cunho educativo, com um sistema de certificação e qualificação dos serviços prestados pelo hospital.

É uma visita educativa. [...] Eles te perguntam, né. [...] Os medicamentos de alta vigilância. A identificação do paciente, como deve ser feita, né. [...] Procedimentos com quedas. O quê que você faz pra evitar queda, né. [...] então são visitas que realmente são educativas, né. E que o objetivo dessas visitas. É fornecer, procurar fornecer, um atendimento de excelência, uma assistência de qualidade para o paciente. (TEC-06).

A primeira visita da JCI no VH aconteceu em junho de 2011, que certificou 38% e 49% de conformidade sobre os processos assistenciais e administrativos do HC. A acreditação da JCI pode-se definir como:

Um processo no qual uma entidade, geralmente não-governamental, separada e independente da instituição de saúde, avalia a instituição de saúde para determinar se ela atende a uma série de requisitos (padrões) criados para melhorar a segurança e a qualidade do cuidado. A acreditação é geralmente voluntária. Os padrões de acreditação são geralmente

³⁴ O Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA) é associado no Brasil da Joint Commission International, líder mundial em certificação de organizações de saúde desde 1998. Nossa missão é melhorar continuamente a qualidade e a segurança do cuidado aos pacientes e beneficiários dos sistemas e serviços de saúde, por meio de processos de acreditação e certificação internacionais e nacionais, educação e ensino. Para tanto, contamos com uma equipe de profissionais altamente qualificados e especializados em acreditação. < <http://cba.provisorio.ws/institucional/>>

considerados como ideais e concretizáveis. A acreditação propicia um compromisso visível, por parte da instituição, de melhorar a segurança e a qualidade do cuidado ao paciente, garantir um ambiente seguro, e trabalhar constantemente para reduzir os riscos ao paciente e aos profissionais. A acreditação tem granjeado atenção em todo o mundo como ferramenta eficaz de avaliação e de gestão da qualidade. (JCI, 2010, p. 01).

A principal orientação da JCI é de ter um caráter educativo não podendo ser confundido com licenciamentos ou fiscalizações de controle do governo e sim uma certificação de qualidade de serviço de saúde para o reconhecimento do HC como excelência no atendimento prestado à população.

Para o alcance das metas estipuladas pela JCI, o HC vem desde 2001 investido em melhorias em toda estrutura do hospital. Almejando projetos mais eficazes capaz de adequar a suas diretrizes, permitindo uma avaliação com índices cada vez mais elevados.

Os avaliadores da JCI analisam os processos de trabalho em todos os setores do HC-UFMG. A agenda de visitas inclui reuniões de planejamento, visitas prediais, revisões de documentos e prontuários, rastreadores de medicamentos e pacientes, dentre outros. Diariamente, os avaliadores elaboram um relatório com os principais achados e no último dia são apresentadas as recomendações para a Instituição. Todas essas atividades são realizadas com o auxílio de facilitadores do hospital, como gerentes e coordenadores de unidades, setores e divisões (EBSERH, 2016).

O sistema de avaliação elabora relatórios e tecem recomendações sobre o resultado desses documentos. Os relatórios são norteados pelo “Manual de Internacional de Padrões para Hospitais da Joint Commission International”³⁵ que foi traduzido como Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde, para atingir os percentuais de acreditação e segundo a JCI obter benefícios com a mesma.

O processo de acreditação foi desenvolvido para criar uma cultura de segurança e qualidade no interior de uma instituição que se empenha em aperfeiçoar continuamente os processos de cuidado ao paciente e os resultados obtidos. Através disso, as instituições:

- Elevam sua credibilidade junto à população no que diz respeito à sua preocupação com a segurança do paciente e com a qualidade do atendimento;

³⁵ Joint Commission International A division of Joint Commission Resources, Inc. Copyright by the Joint Commission on Accreditation Printed in the U.S.A. 5 4 3 2 1 ISBN: 978-1-59940-434-9 Library of Congress Catalog Card Number: 2010928657 For more information on Joint Commission Resources, please visit our web site <at www.jcrinc.com>

- Proporcionam um ambiente de trabalho seguro e eficiente, que contribui para a satisfação do trabalhador;
- Negocia junto às fontes pagadoras, com base em dados relativos à qualidade do cuidado;
- Escutam os pacientes e seus familiares, respeitam seus direitos e criam com eles uma parceria no processo de cuidado;
- Criam uma cultura aberta a aprender com os relatórios realizados regularmente sobre eventos adversos e questões de segurança; e
- Estabelecem um estilo de liderança colaborativa que define prioridades e uma liderança contínua que prima pela qualidade e segurança do paciente em todos os níveis.
- (JCI, 2010, p.01).

As Metas Internacionais de Segurança do Paciente (IPSG) foi uma exigência para promover, principalmente, a segurança do paciente no ano de 2011 em todas as instituições acreditadas pela JCI no âmbito. “As Regras de Decisão de Acreditação incluem a conformidade com as IPSG como uma regra de decisão distinta.” (JCI, 2010, p. 310). Conforme abaixo especificadas, as principais metas e seus requisitos e propósitos de segurança para atingir a acreditação são:

IPSG 1 Identificar os Pacientes Corretamente;

IPSG 2 Melhorar a Comunicação Efetiva;

IPSG 3 Melhorar a Segurança de Medicamentos de Alta-Vigilância;

IPSG 4 Assegurar Cirurgias com Local de Intervenção Correto; Procedimento Correto e Paciente Correto;

IPSG 5 Reduzir o Risco de Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde;

IPSG 6 Reduzir o Risco de Lesões ao Paciente, decorrentes de Quedas.

No HC da UFMG, foi adotando esse mesmo indicador de metas norteadoras, para atender e definir as diretrizes da portaria 529, de 01 de abril 2013³⁶ do Ministério da Saúde sobre o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Como aponta o cartaz, especificado na Figura 01.

³⁶ **PORTARIA Nº 529, DE 1º DE ABRIL DE 2013 (DOU de 02/04/2013)**. Considerando que a gestão de riscos voltada para a qualidade e segurança do paciente englobam princípios e diretrizes, tais como a criação de cultura de segurança; a execução sistemática e estruturada dos processos de gerenciamento de risco; a integração com todos processos de cuidado e articulação com os processos organizacionais dos serviços de saúde; as melhores evidências disponíveis; a transparência, a inclusão, a responsabilização e a sensibilização e capacidade de reagir a mudanças; e 2 Considerando a necessidade de se desenvolver estratégias, produtos e ações direcionadas aos gestores, profissionais e usuários da saúde sobre segurança do paciente, que possibilitem a promoção da mitigação da ocorrência de evento adverso na atenção à saúde, resolve. (BRASIL, 2013).

O HC da UFMG implementa e indica as seis metas internacionais de segurança do paciente que foram estabelecidas pela Joint Commission International (JCI), em parceria com a Organização Mundial da Saúde (OMS). São elas:

- Identificar o paciente corretamente;
- Melhorar a comunicação efetiva;
- Melhorar a segurança dos medicamentos de alta-vigilância;
- Assegurar cirurgias com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto;
- Reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde;
- Reduzir o risco de lesões ao paciente, decorrente de quedas;

O objetivo dessas metas é promover melhorias específicas na segurança do paciente por meio de estratégias que abordam aspectos problemáticos na assistência a saúde, apresentando soluções baseadas em evidências para esses problemas.

Recentemente, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), por meio da Portaria 529, de 1 de abril de 2013, que também define diretrizes importantes sobre essas metas (EBSERH, 2016).

Figura 1 – META 1 - Identificar os pacientes corretamente

Setembro 2016

HC -UFMG **META 1**
Metas Internacionais de Segurança do Paciente

Mais segurança ♦ Mais segurança ♦ Mais segurança

Identificação correta: segurança para você e para o paciente

CONFIRMANDO nome completo do paciente e número do prontuário NÃO TEM ERRO!

Fique atento!
Confirmando os identificadores do paciente antes de realizar exames, procedimentos e tratamentos, você contribui para uma assistência segura e ajuda a evitar erros.

Nunca confirme a identificação apenas na placa de leito!

Todo paciente deve fazer uso da pulseira de identificação.

UFMG
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

EBSERH
EBSERH - EQUIPAMENTO DE SAÚDE

Fonte: EBSERH. Disponível em:

<http://www2.ebserh.gov.br/documents/218065/1618805/jornal-meta1.png/79ba007f-925d-435a-afb0-98b5c08309ab?version=1.0&t=1479402867682>.

As visitas de avaliação diagnóstica da JCI decorrem desde 2010 e em todos os anos seguintes, às orientações sobre o processo de capacitação dos profissionais tem destaque no direcionamento para atingir as metas estipuladas pelo padrão de adequação do hospital. Em 07 anos esse processo incidiu no aumento considerável dos índices da taxa de conformidade da acreditação, de 38% para 82,3%. A última visita de avaliação da JCI no PA do HC aconteceu em novembro de 2018.

Com o plano de ser reconhecido como hospital universitário de excelência em 2018, quando completa 90 anos, o Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG) está em busca da acreditação da Joint Commission International (JCI). Por isso, desde 2010, vem sendo orientado pelo Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA) no cumprimento de um programa de educação para a melhoria da qualidade, objetivando adequar seu funcionamento às exigências da entidade americana. O trabalho já pode ser considerado um sucesso: se, no início da orientação, apenas 38% dos processos da unidade estavam em conformidade com os padrões da JCI; hoje, o índice já alcança 82,3% (EBSERH, 2018).

Uma campanha para alertar os servidores quanto ao uso de adornos como: brincos, pulseiras, relógios, anéis, vestuário, entre outros, foi realizada no HC da UFMG, como o título de “Adorno Zero”, com ilustrado na Figura 2.

Figura 2 – Cartaz de alerta aos servidores sobre o uso de adornos



Fonte: EBSERH. Disponível em:

<http://www.ebserh.gov.br/documents/218065/218348/NORMA+ADORNOZERO+%283%9.jpg/4d9d815d-138e-42c7-966d-6c5074f14542?version=1.0&t=1541421372418>

O conjunto de ações do evento estava voltado para alertar os servidores sobre a Norma que regulamenta o uso de adornos e calçados fiscalizada pela Agência de Vigilância Sanitária (ANVISA) de acordo com as orientações da Norma Regulamentadora nº 32 subitem 2.4.5, do Ministério do Trabalho e Emprego (BRASIL, 2005).

PORTARIA n.º 485, DE 11 DE NOVEMBRO DE 2005:

32.2.4.5 O empregador deve vedar:

- a) a utilização de pias de trabalho para fins diversos dos previstos;
- b) o ato de fumar, o uso de adornos e o manuseio de lentes de contato nos postos de trabalho;
- c) o consumo de alimentos e bebidas nos postos de trabalho;
- d) a guarda de alimentos em locais não destinados para este fim;
- e) o uso de calçados abertos.

A NR-32 inclui as situações de exposição aos agentes de risco presentes no ambiente de trabalho, podem ser risco biológico, químico e físico. Sendo assim, é relevante a capacitação dos servidores em relação às medidas de prevenção, proteção e profilaxia.

No ambiente de trabalho com possível exposição a agente biológico, físico ou químico é estritamente proibido:

- > Alimentar-se, beber e guardar alimentos e bebidas (deve ser disponibilizado ambiente próximo aos postos de trabalho para essa finalidade);
 - > Fumar (deve ser estritamente proibido fumar no interior dos serviços de saúde);
 - > Repousar (deve ser disponibilizado ambiente para essa finalidade);
 - > Aplicar cosméticos;
 - > Manipular lente de contato;
 - > Guardar bens pessoais;
 - > Usar sapatos abertos (aqueles que deixam expostas: a região do calcanhar, do dorso e das laterais dos pés);
 - > Usar adornos (p. ex.: alianças e anéis, pulseiras, relógios de uso pessoal, colares, brincos, *piercings* expostos, crachás pendurados com cordão e gravatas).
- (SS/SP, 2014, p. 46).

Foram criados grupos de discussão sobre implementação das diretrizes regularizadas pela JCI no HC da UFMG para garantir a acreditação, como descreve a autora.

Dentre as medidas gerenciais apontadas pelo Plano Diretor 2010-2014 do Hospital das Clínicas, a fim de cumprir a missão do hospital, o processo de acreditação vem propiciando um debate extenso na comunidade hospitalar quanto às mudanças necessárias para garantia da assistência aos usuários dos serviços prestados pelo hospital com qualidade pautado em padrões

internacionais propostos pela Joint Commission International (JCI) (MOLICA, 2011, p. 12).

Com a implementação dos conteúdos pautados pela JCI, foi ofertado um curso de especialização em gestão hospitalar voltado para a realidade do HC da UFMG. O curso foi direcionado para os gerentes das unidades funcionais e para servidores que apresentavam um perfil para ocupar essa colocação no hospital.

O HC-UFMG vivencia hoje o processo de planejamento e preparação para acreditação junto a órgãos avaliadores, tais como: Órgão Nacional de Acreditação/ONA, Consórcio Brasileiro de Acreditação/CBA, Acreditação da Qualidade pela *Joint Commission International* (JCI). Na perspectiva de corroborar nesse processo, essa gestão passou a integrar os diversos Comitês Internos da Qualidade por meio dos Vice-diretores, Coordenadores Técnico Assistenciais, Coordenadores de Enfermagem e Coordenadores das Comissões Permanentes da Enfermagem. Outra estratégia utilizada foi a capacitação de membros da enfermagem nessa área e em Curso de Gestão Hospitalar com vistas a acreditação, oferecido pela Instituição em parceria com a Escola de Saúde de Minas Gerais (VDTE; HC/UFMG, 2014, p. 01).

Em 2012 foi iniciada uma nova metodologia de educação com cursos teórico/práticos ofertados aos servidores dos dois vínculos, RJU e FUNDEP. Principalmente a capacitação voltada para a educação em serviços com atualizações para os trabalhadores admitidos e envolvidos em eventos adversos. Cursos de administração de quimioterápicos, atualização em eventos adversos, terapia nutricional entre outros, com carga horaria de 120 em sua maioria.

A avaliação da necessidade de capacitação de cada setor passava por um “mapeamento das demandas de capacitação permanente para técnicos e enfermeiros a partir da avaliação de desempenho individual e coletiva em cada setor/unidade” (VDTE; HC/UFMG, 2014, p. 07), conforme demonstrado na Figura 3.

Figura 3 – Capacitação dos servidores da UFMG

Demonstrativo do número de trabalhadores capacitados

2008 a 2010	1.500
2011	789
2012	1153
2013	656
2008 a 2013	4.098

Fonte: VDTE/HC/UFMG (2014, p. 03).

Como relata o servidor sobre um curso de complementação de técnico de enfermagem agenciado pelo HC para todos os auxiliares de enfermagem do hospital.

Eu fiz o curso de complementação de técnico pelo hospital. Na verdade, foi uma luta nossa. Uma promessa de campanha. (da VDTE HC/UFMG) [...] Prometeu que conseguia o curso de técnico e complementação para os auxiliares. E assim que. [...] Correu atrás da escola de enfermagem e conseguiu... (VDTE HC/UFMG) [...] Só pra auxiliar de enfermagem do hospital. Todo funcionário, UFMG ou FUNDEP. Todos podiam fazer. Todos auxiliares de enfermagem, que quisesse. Gratuito. Inclusive o material também. Foi dado pela UFMG (AUX-02).

Atualmente o HC da UFMG tem oferecido ações de capacitação importantes, como curso a distância para o fortalecimento das estratégias de orientação sobre as metas para atingir a acreditação da JCI. Um dos cursos que foi ofertado no ano de 2016 é o de “Gestão de Resíduos de Serviço de Saúde do HC-UFMG”, totalmente online através do Centro de Telessaúde – HC/UFMG³⁷, Plataforma de Ensino a Distância, emitindo certificado de conclusão após um questionário de múltipla escolha. O curso foi disponibilizado por módulo, sendo obrigatório a todos os servidores do hospital, tanto os do regime de JRU, como os servidores da EBSERH. Os servidores relatam sobre esse evento.

A gente fez, teve também um curso de resíduo online. [...] Teve uns outros, também. [...] Tudo online, mas você tinha que fazer, é... Depois você tinha que responder questionário. Ah! Teve também de brigadista. Que eu fiz. E fiz também um outro, que é online também. Que era exatamente sobre incêndio, fuga. O quê, que você tinha que fazer. Isso era questionário mesmo. Se tivesse também, valia ponto. [...] Ah... Era na hora. Você ia fazendo e depois respondia as questões. [...] 3 horas, o curso era de 3 horas e aí em seguida você ia respondendo, o questionário. Você tinha chance, de alguma, coisa rever. [...] Foi Obrigatório (AUX-02).

Quer dizer então. Esse curso... Parece que o pessoal não entendeu nada. Era online esse curso. A EBSERH. Eles deram esse curso de resíduos e eram 3 módulos. Aí, cada módulo. Aí, tinha vídeo, lê aquele tanto de coisa, no final tinha as 10 perguntas, que você tinha que responde. Você tinha que acerta no mínimo 70%, pra você passar por outro módulo. Quando você termina, você tem aquela visão. Ah isso é assim, isso é assim, isso é assado. Mas, no dia a dia. Acho que ninguém... É, é, é... Faz uso daquilo que foi passado

³⁷ Disponível em: <http://www.telessaude.hc.ufmg.br/procap/course/index.php>.

no curso, ninguém... Aquilo é só... Aí, você tem aquele aprendizado, aquele esclarecimento. Mas, no dia a dia, todo mundo faz tudo errado (AUX-01).

O Servidor referiu-se a outros cursos oferecidos pela plataforma. Além desse curso, no site de educação do Telessaúde, verificam-se outros em andamento, como:

- Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
- Direitos e Deveres dos Pacientes;
- Incêndio II;
- Metas Internacionais de Segurança do Paciente;
- Programa de Melhoria E Segurança do Paciente;
- Prontuário;
- Segurança Contra Incêndio no HC-UFGM;
- Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos;
- Sepsis.

Entende-se por gerenciamento de resíduo.

O conjunto de atividades técnicas e administrativas aplicáveis ao manuseio, à minimização da geração, à segregação na origem, à coleta, ao acondicionamento, ao transporte, ao armazenamento, ao tratamento, ao controle, ao registro e à disposição final dos resíduos. Devem-se levar em conta todos os recursos físicos e materiais necessários ao bom gerenciamento e a capacitação dos recursos humanos envolvidos no manejo dos RSS (CUSSIOL, 2008, p. 10 e 11).

O curso teve o objetivo de alertar os servidores quanto aos riscos biológicos químicos e físicos, assim como do risco de acidentes de trabalho e risco ergonômico. Na gestão do Resíduo de Serviço de Saúde (RSS), que é a atividade de manejo do resíduo gerado de todo os processos executados no hospital, independente da circunstancia de que foi elaborado. Portanto desde ao simples lixo doméstico, como exemplo o alimento, até os resíduos mais tóxicos do ambiente hospitalar.

5 HISTÓRICO DO PRONTO ATENDIMENTO DE 1995 A 2018

5.1 Processos de reestruturação e as reformas sanitárias no Brasil

Ao final do regime de Ditadura no Brasil (1964/1985)³⁸ e com o início do processo de redemocratização no país, a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986)³⁹, ficou marcada pelo movimento da reforma sanitária, que ganhou fôlego ao permitir a participação da sociedade civil no processo de construção de novos paradigmas de saúde pública no Brasil. Esse acontecimento contribuiu no embasamento de tópicos relacionados às políticas públicas de saúde na elaboração da nova Constituição Brasileira.

Na Constituição Federal de 1988, em seu art. 198⁴⁰, determinou diretrizes que modificaram as políticas públicas de saúde, buscando unificar um sistema até então fragmentado. Instituiu-se então o Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990, que apresentava dispositivos para a nova ordem de soluções relativa às políticas de saúde em todo o território nacional. A pauta assentava-se nas condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, vinculados à organização e o funcionamento dos serviços correspondentes.

Através da Lei orgânica 8.080/90 em seu art. 4º disponibilizou um conjunto de ações e serviços de saúde prestados por todos os órgãos e instituições públicas e privados contratados ou conveniados em caráter complementar.

Desta forma, a reforma brasileira da saúde, de 1988, pode ser considerada de tipo big bang, pois introduziu mudanças substantivas no modo de operação do sistema. A reforma do modelo de assistência pública à saúde ocorreu com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (DAL POZ; VIANA, 2005, p. 226).

A participação da sociedade constitui uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde, que está contemplada no artigo 198⁴¹ da Constituição Federal, inserido na lei

³⁸ Disponível em: <<http://www.arquivonacional.gov.br/media/Presidentes-jan-2010.pdf>>.

³⁹ 17 a 21 de março de 1986. Relatório Final. 8ª Conferência Nacional de Saúde.

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf

⁴⁰ **Art. 198.** As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes (EC no 29/2000, EC no 51/2006, EC no 63/2010 e EC no 86/2015).

<https://www.jusbrasil.com.br/topicos/10653794/artigo-198-da-constituicao-federal-de-1988>.

⁴¹ **Art. 198 - III** – participação da comunidade.

8142/90⁴², que promove a organização e o funcionamento do controle social, na garantia de fiscalização direta dos processos de gestão pública. O Estado e a sociedade civil comprometidos com o gerenciamento do SUS. No entanto a participação do “povo” nas decisões políticas que induzem a resolubilidade dos problemas reais da população, ainda encontrar-se pouco integralizado.

As adequações seriam implantadas lentamente. Há 28 anos, pós-implantação do SUS, o Estado, continuamente, se reorganiza em constantes processos de reestruturação, na tentativa de acompanhar as transformações impostas pela sociedade que também vivencia essa dinâmica.

Esse movimento partiu de uma necessidade de reorganização das ações políticas através do Estado, que uma vez implantada as diretrizes, surge outras diretrizes. Essas mudanças inferidas pelo Estado, através de políticas de reestruturação, afetaram toda uma organização, provocando mudanças que apesentam consequências até os dias atuais. Um dos últimos artigos, promulgado pelo governo, afeta diretamente toda a estrutura organizacional dos hospitais universitários no território nacional.

Art. 1º Fica instituído o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais - REHUF, destinado à reestruturação e revitalização dos hospitais das universidades federais, integrados ao Sistema Único de Saúde (SUS), nos termos do art. 4º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (BRASIL; 2010a).

5.2 Transformações institucionais no Hospital Universitário da UFMG

O Hospital das Clínicas é uma unidade especial da Universidade Federal de Minas Gerais. Portanto, uma instituição pública federal com características que diferem de outras instituições que prestam serviços na área da saúde no Estado de Minas Gerais. Unidade Básica de Saúde (UBS)⁴³, Hospital Geral, Unidade de Pronto Atendimento (UPA)⁴⁴ e Pronto Socorro (OS)⁴⁵, tanto no âmbito municipal, estadual,

⁴² **Art. 1º - § 1º.** A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.

⁴³ Unidade de atendimento eletivo de promoção e assistência à saúde em regime ambulatorial e de Hospital Dia. (Ministério da Saúde, 2006). (2009)

⁴⁴ <http://www.pac.gov.br/infraestrutura-social-e-urbana/upa-unidade-de-pronto-atendimento>.

⁴⁵ Unidade destinada à prestação de assistência a pacientes com ou sem risco de vida, cujos agravos necessitam de atendimento imediato.

público e privado, prestam atendimento à população de forma generalizada em um sistema de organização em três níveis gradativos de atenção à saúde, de acordo com o seguimento da atenção primária, secundária e terciária. Além disso, “o HC da UFMG tem como missão desenvolver com eficácia, eficiência e de forma equilibrada e indissociável o ensino, a pesquisa e a extensão, incluindo a assistência à comunidade, na área da saúde” (Art. 4º, 2004)⁴⁶, (EBSERH, 2013)⁴⁷.

O HC foi definido como unidade de referência secundária, terciária e quaternária para o Sistema Único de Saúde, para a realização de procedimentos ambulatoriais e hospitalares de média e alta complexidade, restringindo a atenção primária ao desenvolvimento de projetos especiais vinculados ao ensino (COSTA *et al.*, 2008, p. 217 e 218).

Com perfil assistencial de hospital geral especializado, o HC faz parte da rede de Hospitais Universitários (HU), inserido no âmbito do ensino público federal, que tem suas ações pertinentes voltadas para a promoção, proteção, recuperação, reabilitação da saúde e o atendimento a urgências e emergências clínicas. O conjunto de complexidade das atividades prestadas por essa unidade hospitalar direciona-se para responder às necessidades de saúde da população, que envolve os níveis de atenção secundária, terciária e quaternária, e ainda, por meio de programas especiais, desenvolve ações no nível de atenção primária. Em se tratando de aspectos gerais é referência para o acompanhamento da assistência de saúde de média e alta complexidade no SUS, CONASS (2007)⁴⁸. O HC da UFMG constitui-se:

Como referência na área da saúde, norteando-se pelos princípios de liberdade, de solidariedade, de integração programática, de integração técnica de prestação de serviços, de integração nos serviços de saúde da comunidade, de trabalho em equipe, de representatividade da clientela e de prestação de assistência em vários níveis (UFMG, 2004, p.3).

Desde a sua Inauguração, no dia 21 de agosto do ano de 1928⁴⁹, o hospital vem passando por transformações na sua gestão, bem como em sua estrutura física, a fim de acompanhar as demandas de modernização e humanização nos

⁴⁶ Resolução Complementar N° 01/04, De 29/01/2004 Regimento do Hospital das Clínicas – UFMG.

⁴⁷ EBSERH – Empresa brasileira de serviços hospitalares.

⁴⁸ Conselho Nacional de Secretários de Saúde.

⁴⁹ Revista Viva. Ed. Especial de comemoração dos 75 anos do Hospital das Clínicas da UFMG Ago./2003.

serviços de assistência à saúde. A princípio, surgiu como um complexo de prédios que agregava um grupo de clínicas no entorno da Faculdade de Medicina. Já em 1955, com a construção do prédio central no terreno do Campus Saúde, recebeu o título de Hospital das Clínicas. “Em 1976, o HC tornou-se administrativamente independente da Faculdade de Medicina, sendo denominado Hospital das Clínicas da UFMG, com diretoria geral própria escolhida pelo Reitor e um regimento interno específico” (COSTA *et al.*, 2008, p. 214).

No ano 1986, desvincula-se administrativamente da Faculdade de Medicina, segundo as definições pautadas no Estatuto da UFMG ligado à Reitoria, quando então se constitui como Órgão Suplementar. Posteriormente, “em 2004, o Hospital das Clínicas foi transformado em Unidade Especial do UFMG, passando a ter voz e voto no Conselho Universitário, órgão de deliberação máxima da UFMG” (UFMG, 2013, p. 09).

O HC da UFMG há anos vinha prestando atendimento a uma parcela de pacientes da rede particulares e conveniados. Até 2005, ofertava três enfermarias de internação dedicada exclusivamente para a acomodação dessa categoria de pacientes. No 8º andar Ala Sul, como enfermaria e Ala Leste como apartamento para dois pacientes. Também do 10º andar com acomodações de apartamento exclusivo para um paciente.

De 2007 em diante, as áreas destinadas a convênios e particulares foram progressivamente reduzidas, em decorrência da expansão do atendimento SUS e em consonância com a Portaria Interministerial MS/MEC 2400/2007, que determinava a ampliação gradativa da percentagem de atendimento SUS até se atingir 100%, “desde que asseguradas às condições de equilíbrio financeiro”. Assim, já em 2007 o 8º andar, ala sul foi transformado em enfermaria SUS e, em 2008, dez dos 18 leitos do 8º andar, ala leste foram destinados ao atendimento dos pacientes transplantados pelo SUS (UFMG/ OF.DIR-HC, 2010, p.03).

A partir de 2010, com a implantação do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários (REHUF), a reestruturação e revitalização dos Hospitais universitários⁵⁰ que estavam integrados ao SUS, o HC foi lentamente reduzindo os atendimentos de pacientes conveniados e particulares, para atender as determinações das portarias interministeriais⁵¹, pois de acordo com Ministério da

⁵⁰ REHUF - Decreto nº 7.082, de 27 de janeiro de 2010.

⁵¹ Portaria Interministerial - MEC/MS/MPOG nº 2883/2010.

Educação – MEC, os HUs: “II - destinar assistência prestada integralmente ao SUS, inclusive às redes de urgência e emergência, de acordo com o processo de regulação da assistência promovido pelo gestor do SUS competente” (PORTARIA INTERMINISTERIAL, 2010).

Atualmente é um complexo hospitalar formado por um edifício central, Hospital São Vicente de Paulo e 07 prédios anexos para atendimento ambulatorial: Ambulatório Bias Fortes; Anexo de Dermatologia Osvaldo Costa; Ambulatório São Vicente; Hospital Borges da Costa; Hospital São Geraldo e o Instituto Jenny de Andrade Faria de Atenção à Saúde do Idoso e da Mulher, além da Moradia dos Médicos Residentes (Anexo Maria Guimarães).

Como um hospital de média e alta complexidade, tem como objetivos prestar serviços de atenção integral à saúde, atendendo a uma clientela universalizada, de forma equânime e em todos os níveis e integrado ao SUS; formar e capacitar recursos humanos para as necessidades do setor de saúde; produzir e divulgar conhecimentos e incorporar criticamente novas tecnologias para o setor que confere direcionalidade às suas diretrizes, tornando-o uma instituição complexa. Reconhecido internacionalmente como centro de investigação científica e produção do conhecimento na área da saúde, no HC-UFMG os processos da assistência e de ensino ocorrem de forma indissociável (MOLICA, 2011, p. 27).

O setor de serviços de urgência/emergência clínica, nomeado como Pronto Atendimento (PA) está localizado no andar térreo do edifício central do HC. Antecedente ao seu surgimento, nesse mesmo local, funcionava um posto de atendimento médico voltado, exclusivamente, para acolher pequenas urgências dos pacientes em tratamento no HC e seus anexos. Esse local também era a única portaria de acesso ao hospital não só para os pacientes, mas como toda a comunidade do Campus Saúde. No caso do paciente, acesso com encaminhamento para internação programada para procedimentos ou oriundo dos ambulatórios. Para a comunidade, a entrada e fluxo de servidores.

Chamava PMI e PMR. Posto Médico de Internação. Então o paciente só passava por aqui, interna. A gente acompanhava até o leito e na época só atendia pacientes que faziam tratamento no hospital. [...] Internar no andar. Aqui mesmo só atendia paciente que às vezes ia pra uma consulta no ambulatório, passava mal e vinha no atendimento aqui. Mas aqui não internava ninguém. O paciente vinha ficava na observação e recebia alta pra casa. Os pacientes que vinham para internar, já passavam pela internação e já subia e já tinha um leito reservado (AUX-01).

Era o antigo PMI, né. Um posto médico de internação. [...] Eu sei que você tinha um posto médico de internação, né... E através dele é que você internava os pacientes. [...] Era paciente aqui do próprio hospital que vinha de fora. [...] Eu sei que eles atendiam esses pacientes e os pacientes internavam (ENF-04).

Era esse guichê mesmo, mas só que de início era para atender os pacientes que era do hospital, eles vinham entravam, tinha os consultórios, era atendido e subia imediatamente para os andares. Não ficavam pacientes no hospital como fica hoje (TEC-05).

O PA do HC tem a sua origem em meados de 1996⁵² para acompanhar o processo de ampliação da rede do SUS e em razão das negociações⁵³ entre o HC, Secretaria de Saúde e Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (PBH). Além disso, havia “a necessidade de um Pronto Atendimento Clínico mais completo na região Centro-Sul de Belo Horizonte, aliada às constantes crises financeiras do HC, favoreceu a parceria entre estas instituições” (PEREIRA, 2004, p. 103).

Os motivos que levaram à celebração de convênio entre a Prefeitura Municipal de Belo Horizonte/Secretaria Municipal de Saúde e a Universidade Federal de Minas Gerais/Hospital das Clínicas, em 1996, para abertura do pronto atendimento foram: a grave crise financeira e de gestão pela qual passava o hospital, a necessidade de uma Unidade de Pronto Atendimento mais completa na região Centro-Sul e a necessidade de serviço substitutivo para viabilizar as obras de reforma do Hospital Odilon Behrens (HMOB) (CARMO *et al.*, 2006, p.64).

Devido à parceria com a PBH, o espaço da Ala Sul e Norte localizada no andar térreo do HC, foi alocado para parte do Pronto Socorro do Hospital Municipal Odilon Behrens (HMOB)⁵⁴ para acomodar suas instalações, que naquele momento, encontrava-se em reforma o setor de serviços de urgência/emergência dessa instituição.

Em 1996, numa parceria entre o governo municipal e a UFMG, foi viabilizada a abertura de um serviço de Pronto Atendimento no HC. Justificou-se a parceria, naquele momento, pela necessidade de uma unidade para atendimento às urgências, em substituição ao Hospital Municipal Odilon Behrens, que entraria em reforma. Esse fato constituiu o principal movimento de abertura do hospital para as demandas do sistema municipal de saúde, deflagrando até mesmo iniciativas de reorganização

⁵² <<http://www.hc.ufmg.br/80anos/linha.html>>.

⁵³ Cooperação e parceria entre os partícipes na construção e desenvolvimento do SUS em conformidade com o discriminado no plano de trabalho: 01-026240-96-12, SMSA/HOSPITAL MUNICIPAL ODILON BEHRENS E A UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS COM A PARTICIPAÇÃO DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG. (DOM, 09/05/1996).

⁵⁴ Em 06/2016 foi nomeado Hospital Metropolitano Odilon Behrens.

interna da gestão dos leitos hospitalares – inicialmente, alterando os indicadores de taxa de ocupação e médias de permanência e, posteriormente, flexibilizando sua utilização pelas diversas especialidades (CARMO *et al.*, 2007, p. 390).

Deixou de ser PMI em 96, que aí o hospital fez um convênio com o Odilon Behrens, com a prefeitura na verdade, prefeitura de Belo Horizonte. E aí o Hospital Odilon Behrens precisou fechar pra uma reforma no Pronto Atendimento deles. Aí, aqui passou a receber os pacientes de lá, enquanto estava em reforma. (AUX-05).

Com o fim dessa reforma, o Pronto Socorro do HMOB retornou com suas instalações, insumos e servidores para o local anterior, conseqüentemente, instituiu-se o Pronto Atendimento no HC da UFMG que passou a ser referência em urgências e emergências clínicas⁵⁵. Como foi narrado pelos servidores. “*E aí eu vim. Dia 21 de outubro que eu comecei a trabalhar. O Odilon sai dia 20. Nós começamos dia 21. [...] O Odilon saiu, nós ingressamos*” (ADM).

E quando terminou a reforma aqui. O Odilon Behrens reabriu o Pronto Socorro. Aqui também ficou como Pronto Atendimento. Um convênio firmado com a prefeitura de Belo Horizonte. [...] Foi em 1996, que isso começou (AUX-05).

5.3 As etapas de mudança no contexto organizacional no PA do HC

Na década de 90, sobreveio uma crise financeira no HC que provocou o fechamento de leitos e a demissões, em grande proporção, de servidores contratados em regime da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), pela Fundação de Desenvolvimento de Pesquisa (FUNDEP). Nessa mesma década (1994/1995), houve ingresso de servidores, admitidos em Regime Jurídico Único (RJU), através de concurso público realizado pela UFMG. No entanto, pouco contemplou o quantitativo de recursos humanos, principalmente no quadro de servidores da enfermagem. Acendendo um déficit importante nas equipes de trabalho do hospital. Segundo o servidor, “*foi uma época... Tinha tido demissões de 700 funcionários, aqui no hospital. Tinha fechado muitos leitos. Imagino que foi assim... Uma situação de emergência*” (AUX-05). O fragmento confirma a sua versão

⁵⁵ Vivenciado pela pesquisadora e noticiado através dos veículos de comunicação local, naquela ocasião.

Em razão da demanda crescente da oferta assistencial, em 1994, o HC/UFMG apresentou ao governo solicitação de adequação do quadro funcional, tendo sido contemplado com 903 novas vagas. Após a realização do concurso e efetivação de todas as admissões, o quadro de servidores do HC, em dezembro de 1995 passou a ser de 1.722 funcionários. Nos anos subsequentes, com a proibição de novas contratações, o HC/UFMG perdeu um grande número de servidores (UFMG, 2012, p. 11).

Juntamente com essa situação, o país estava passando por reformas no Estado. Uma progressiva redução de gastos públicos, principalmente na saúde e educação com descentralização e desburocratização das instituições. Fruto do Plano Bresser-Pereira de 1995 e a Lei de Responsabilidade Fiscal, que conseqüentemente influenciaria a administração do HC. O principal objetivo era aumentar a eficiência do setor público, bem como, o corte de gastos com uma economia mais liberal pautada em teorias estrangeiras com moldes interacionais diferente da realidade brasileira.

A Reforma Gerencial do Estado de 1995 busca criar novas instituições legais e organizacionais que permitam que uma burocracia profissional e moderna tenha condições de gerir o Estado brasileiro. Esta reforma não subestima os elementos de patrimonialismo ou de clientelismo que ainda subsistem em nosso meio. Parte, entretanto, do pressuposto de que no final do século vinte, quando as técnicas de controle gerencial e democrático já foram amplamente desenvolvidas, a melhor forma de combater o clientelismo é ser gerencial; é dar autonomia ao administrador público, valorizando-o por sua capacidade de tomar decisões, inclusive de caráter político, ao invés de submetê-lo a um controle burocrático vexatório. [...] A Reforma Gerencial do Estado de 1995 envolve, portanto, uma mudança na estratégia de gestão, a partir de uma estrutura administrativa ou em um aparelho de Estado reformado. Trata-se, portanto, de uma reforma do Estado, que não se limita a propor descentralização para os estados e municípios, e desconcentração ou delegação de autoridade para os dirigentes das agências estatais federais, estaduais e municipais. Em adição propõe, segundo o modelo que apresentei no Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, uma nova classificação das atividades do Estado, e estabelece quais os tipos de propriedade e os tipos de administração correspondentes (BRESSER-PEREIRA, 2000, p. 11 e 12).

No ano de 1994 o HC ampliou suas relações com a PBH através da Secretária de Gestão sobre os recursos financeiros, destinados aos prestadores de serviços de saúde no município. Essa situação favoreceu um convênio com a Secretaria Municipal de Saúde da PBH para a implantação do PA no HC, pela condição da gestão semiplena como reguladora dos processos e normas das ações no serviço de saúde.

4.1.3 Condições de gestão semi-plena.

a) Responsabilidades e prerrogativas - a Secretaria Municipal de Saúde assume a completa responsabilidade sobre a gestão da prestação de serviços; planejamento, cadastramento, contratação, controle e pagamento de prestadores ambulatoriais e hospitalares, públicos e privados; assume o gerenciamento de toda a rede pública existente no município, exceto unidades hospitalares de referência sob gestão estadual; assume a execução e controle das ações básicas de saúde, nutrição e educação, de vigilância epidemiológica, de vigilância sanitária e de saúde do trabalhador no seu território, conforme definido na Comissão Bipartite; recebe mensalmente o total dos recursos financeiros para custeio correspondentes aos tetos ambulatorial e hospitalar estabelecidos (BRASIL, 1993, p. 11).

Com a implantação do PA, em fevereiro de 1996, como nova unidade do HC, Belo Horizonte passou a incorporar mais uma unidade de atendimento de urgência/emergência clínica com porta de entrada aberta 24 horas, como suporte para o atendimento da população da região Centro-Sul. No entanto, juntamente com essa nova realidade surgiu também dificuldades para a adaptação do setor para atender a inserção do PA do HC como unidade de urgência, pois de acordo com as atribuições do Ministério da Saúde, o setor deveria estar habilitado. “Estas Unidades, integrantes do Sistema Estadual de Urgências e Emergências e de sua respectiva rede assistencial, devem estar aptas a prestar atendimento resolutivo aos pacientes acometidos por quadros agudos ou crônicos agudizados” (BRASIL, 2002, p. 13).

Foram 4 meses de reforma. Foi uma reforma rápida. [...] De agosto ou setembro de 95 a fevereiro de 96. [...] Em 1996, passou por essa reforma. Aqui foi reformado e recebeu o Odilon Behrens. E esse convênio com o Hospital Odilon Behrens, serviu até pra aprendizado dos funcionários daqui. Porque aqui a gente não tinha conhecimento nenhum de um atendimento de urgência. Os funcionários vieram pra cá e a gente aprendeu com eles. (AUX-05).

O espaço dessa unidade passou por uma reestruturação significativa de reorganização na estrutura física para atender a demanda de um novo perfil de paciente. Para receber o contingente deslocado do HMOB nesse novo contexto institucional houve a necessidade de adaptações que só foram possíveis através do convênio firmado com o apoio de ambas as partes.

Em 1996, com a persistência da crise financeira e com o fechamento de leitos e redução dos serviços ambulatoriais do HC, foi celebrado convênio entre a Prefeitura Municipal de Belo Horizonte/Secretaria Municipal de Saúde e a Universidade Federal de Minas Gerais/Hospital das Clínicas, criando-se a Unidade de Pronto-atendimento (PA) do Hospital das Clínicas e disponibilizando-se recursos financeiros para adequação da área física e compra de materiais e de equipamentos (COSTA, *et al.*, 2008, p. 216).

A nova unidade mobilizou todo o HC em um processo que afetou a comunidade hospitalar local. Essa realidade, como força instituinte, causou estranheza ao impor novos processos de trabalho em relação à assistência prestada pelos servidores, uma vez que existia a presença de uma “outra” instituição que gerenciava essa nova unidade, trazendo consigo servidores com outras dimensões socioculturais em relação ao trabalho e que iriam provocar rupturas e até mesmo avanços no modo de prestação de serviços de saúde em todo HC.

A implantação do PA no HC-HFMG, que teve como norma ou princípio fundador a ampliação de sua porta de entrada aos de sua porta de entrada aos pacientes do SUS, para a quase totalidade dos trabalhadores que não se veem no processo e se sentem pouco referidos a ele, modificou a característica dos pacientes atendidos, exigindo a reorganização do processo de trabalho em todo o hospital (PEREIRA, 2004, p. 128).

Apesar dessas questões, houve consolidação interna e externa do PA como a principal porta de entrada do HC, constituindo-se uma referência fundamental para o sistema de urgência e emergência clínica e cirúrgica não-traumatológica da cidade e região metropolitana, atendendo pacientes de média e alta complexidade” (COSTA; *et al.*, 2008, p. 217).

A saída do HMOB veio se confirmar no mês de outubro de 1997. Com o fim da reforma do Pronto Socorro do HMOB, todo o contingente de funcionários, bem como insumos e materiais trazidos anteriormente, retornaram para o destino de origem, o hospital. Foi uma transferência lenta, porém em curto prazo. Pois, o PA do HC não poderia interromper os atendimentos à população de Belo Horizonte. Esse processo de transição obrigou o HC realizar contrato de recursos humanos em regime de urgência. Naquela época, o contrato de servidores foi realizado pela FUNDEP. O contexto se confirma na narrativa dos servidores.

Eu lembro que o coordenador médico era de lá. Do Odilon, depois é que eles trocaram. Foram embora. Ficaram os daqui... [...] Odilon ficou alguns meses, quando foi embora... Foi todo o pessoal. [...] Eles levaram tudo, material e tudo que eles trouxeram. Foi tudo embora e a gente... Continuou assumindo, daí, o PA (ENF-04).

Porque eles não foram embora de uma vez. Tem aquela transição do serviço. Porque os funcionários foram embora, mas os pacientes ficaram. Então, precisava de ter uma equipe. Pra dar continuidade do serviço. [...] Quando terminou a reforma lá. Eles voltaram e a gente

ficou. Com o atendimento de urgência aqui. [...] E o hospital contratou novos funcionários. Via FUNDEP. (AUX-05).

Eu vim. O pessoal, já tinha feito as provas. Teve uma prova. Já estava fazendo até o teste. Fiz a ficha de inscrição e aí ficar de cadastro reserva. Aí depois eles foram. No dia seguinte, quando eu falei que já tinha trabalhado no João XXIII na urgência, eles estavam abrindo o hospital pra urgência. Aí eles me chamaram para... Sem fazer a prova. Aí eu já só fiz os exames e já entrei já. [...] Em caráter de urgência. Porque o Odilon saiu né... E eles precisavam abrir o Pronto Socorro. (TEC-05).

A FUNDEP fez a abertura de inscrição para novas contratações de técnicos e auxiliares de enfermagem, que naquela época, transcorria através de uma avaliação de conhecimento por meio de uma prova aberta aplicada pela própria equipe da Chefia Geral de Enfermagem (CGE)⁵⁶, que a partir de 1998 tornou-se Divisão Técnica de Enfermagem (DTE)⁵⁷ e posteriormente em 2004, passou a ser denominada Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem (VDTE)⁵⁸ do HC, departamento que vem atuando na coordenação do trabalho de enfermagem no HC desde 1994.

Os custos são do HC/UFMG, mantidos com a produção de atendimento aos pacientes SUS e de convênios com planos de saúde. As contratações são realizadas pela Fundação de Apoio da Universidade (FUNDEP), através de processo seletivo local. Essas contratações se originam nos setores, são avaliadas e executadas pela Vice-Diretoria de Recursos Humanos após análise e aprovação pela Diretoria do HC/UFMG e aprovação final da Reitoria da UFMG (UFMG/ OF.DIR-HC, 2010, p.15)

Alguns servidores do HMOB, que prestaram serviços durante o período da reforma, foram admitidos. No entanto, havia entre os contratados, pessoas com pouca experiência de trabalho, embora portassem capacitação técnica. Momento de renormalizações, de forjar o retrabalho de valores e de reconstrução de saberes através da experiência no dia a dia de trabalho. *“Metade tinha experiência e metade estava começando a profissão”* (TEC-04).

⁵⁶Chefia Geral de Enfermagem do Hospital foi regulamentada em 1989, com o nome de Coordenadoria Geral de Enfermagem (CGE). (UFMG, 2011, p. 22).

⁵⁷Em 1998, houve uma mudança na denominação e a CGE passou a chamar Divisão Técnica de Enfermagem (DTE). A estrutura administrativa colegiada continuou praticamente a mesma, adequando se aos diferentes contextos da vida do Hospital. (UFMG, 2011, p. 22).

⁵⁸A VDTE é o órgão que responde pela assistência de Enfermagem prestada pelo Hospital das Clínicas da UFMG. É integrada pelo Vice-Diretor Técnico de Enfermagem titular e pelo Vice-Diretor Técnico de Enfermagem adjunto, ambos enfermeiros. Passou a ser obrigatório que tal chefia seja composta por um membro do quadro docente da Escola de Enfermagem e outro do quadro permanente do Hospital das Clínicas da UFMG, com prévia consulta à comunidade de Enfermagem. (VDTE HC/UFMG, 2011, p. 23).

Às vezes por coincidência poderia ter algum funcionário que trabalhava lá e foi contratado aqui. Mas, na época, no lembro de nenhum. Mas todos os funcionários que vieram o vínculo era Hospital Odilon Behrens. Então, eles retornaram pra lá. [...] Também teve um processo, que também, que quando os funcionários estavam chegando, os funcionários do Odilon ainda estavam aqui. Aí muitos tiveram a oportunidade com os funcionários de lá, pela transição, né. Pra eles deixarem alguma coisa. [...] Deu pra aprender alguma coisa com eles. Como o Odilon tinha uma referência em serviço de urgência, aí... Eu tive a oportunidade de tá aprendendo com eles, né, o serviço. Tive a oportunidade de tá aprendendo com o colega de trabalho. Mas curso aqui. Eu nunca tive esse tipo de curso preparatório. E como foi contratado funcionários. Eles já vieram pra trabalhar aqui. Já tinha a urgência montada aqui, então eles já chegaram e pegaram pronto. A maioria tinha experiência de outros lugares, que vinha. Outros aprenderam aqui mesmo (AUX-05).

Foram realizados concursos públicos pela UFMG em 2002 e 2005, voltado para contemplar vagas no HC. Na ocasião das nomeações e investidura dos cargos de técnico e auxiliar de enfermagem, também aconteceram demissões importantes de servidores da FUNDEP. A carência de servidores atingiu toda a prestação de serviço de enfermagem no hospital. A reposição do quadro de servidores públicos RJU só seria possível através de concurso, dependia de autorização do governo federal. Portanto, as demissões dos contratados pela FUNDEP, comprometeu significativamente a viabilização do funcionamento do hospital como um todo, mas principalmente no PA do HC.

O mesmo aconteceu anos depois, as demissões dos servidores e os constantes rumores sobre o desvinculamento da FUNDEP com o hospital. Obrigando o posicionamento da UFMG frente ao Tribunal de Contas da União (Acórdão do TCU 1306/2008). Segundo o ofício emitido pela diretoria do HC.

Contrato com a FUNDEP – não há Parecer Jurídico: O processo refere-se à contratação de pessoal pela FUNDEP para suprir as necessidades do Hospital e dar continuidade aos serviços prestados pelo mesmo. Esclarecemos que o processo foi avocado pelo Magnífico Reitor para autorização de prosseguimento tendo em vista que a proposta apresentada pelo governo federal para a solução definitiva da regularização desta questão nos hospitais universitários ainda não foi implementada. (EBSERH). Importante ressaltar que os funcionários contratados através da FUNDEP estão presentes em diversos setores do Hospital, e são imprescindíveis para a continuidade do funcionamento normal do HC/UFMG. Caso contrário, poderia haver o fechamento do HC/UFMG o que causaria ônus sem precedentes para a sociedade, não apenas no âmbito da assistência, mas também do ensino e da pesquisa (UFMG/OF.DIR-HC, 2012, p. 17).

O quadro de recursos humanos no HC até 1987 foi constituído por funcionários públicos concursados e contratados sem concurso público. Nessa mesma época, esses mesmos servidores foram redimensionados para o quadro efetivo do hospital, para o regime estatutário RJU.

Posteriormente, todos os servidores recolocados de acordo com certificado de capacitação que possuíam na época e redistribuídos em várias repartições, não só no HC como toda a comunidade da UFMG. Enfatizando aqui, que no Hospital houve um aproveitamento de pessoal em grande escala no setor de serviços, bem como no setor administrativo.

Um clássico exemplo é que antes existia o cargo de atendente de enfermagem⁵⁹, em processo de extinção desde 1986. Os servidores que ocupavam esse cargo foram promovidos, recolocados ou redistribuídos de acordo com comprovação de curso reconhecido pela categoria, conforme os cargos de auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem ou enfermeiro. Aqueles que não portavam o diploma obtiveram um prazo de 10 anos para sua profissionalização e apresentação do certificado para a UFMG.

O quadro de pessoal do HC/UFMG, até 1987, foi constituído por servidores concursados ou empregados sem concursos, admitidos para atender as demandas decorrentes de acordos, convênios ou projetos de pesquisa com previsão de contratação de pessoal neles especificados, bem como para reposição das vacâncias. Parte do quadro era constituído por servidores regidos pela Lei nº 1.711/1952, antigo Estatuto dos Servidores Públicos e a outra parte pela Consolidação das Leis do Trabalho. Com a edição da Lei nº 7.596 de 10/04/1987, por meio de vários instrumentos regulamentadores, criou-se o Plano Único de Classificação e Retribuição de Cargos e Empregos (PUCRCE) e foram absorvidos servidores não concursados e admitidos até abril de 1986. Desde então, todas as admissões passaram a ser precedidas do concurso público. Assim, a reposição das vacâncias processava-se automaticamente (UFMG, 2010, p. 13 e 14).

Em 2008 foi implantado no PA do HC o sistema de Classificação de risco da plataforma Manchester. Houve na época minicurso de capacitação para toda a equipe que prestava assistência de saúde do setor. A implantação fazia parte Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS). Anteriormente, de acordo com a portaria 2.048 do Ministério da Saúde (2002), foi proposto a todas as unidades de urgência, o acolhimento e a triagem classificatória de risco, que deveria ser realizada

⁵⁹ Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Parágrafo único. A enfermagem é exercida privativamente pelo Enfermeiro, pelo Técnico de Enfermagem, pelo Auxiliar de Enfermagem e pela Parteira, respeitados os respectivos graus de habilitação.

por um profissional, graduado e capacitado, na intenção de tecer uma avaliação da demanda de cada usuário que procurasse essas unidades para o atendimento, priorizando os casos mais graves e direcionando, de acordo com a necessidade, para outras unidades de atendimento.

Assim, o bloco de pronto atendimento deve apresentar uma entrada para pacientes que vem por busca espontânea, deambulando, que dá acesso direto à recepção e sua respectiva sala de espera. Neste mesmo bloco, deve ser estruturado o acolhimento dos pacientes, que pode ser feito pela própria recepção ou por funcionários designados e treinados para este fim, dependendo do volume da demanda. A seguir deve ser realizada a triagem classificatória de risco. O processo de triagem classificatória deve ser realizado por profissional de saúde, de nível superior, mediante treinamento específico e utilização de protocolos pré-estabelecidos e tem por objetivo avaliar o grau de urgência das queixas dos pacientes, colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento. A esta triagem classificatória é vedada a dispensa de pacientes antes que estes recebam atendimento médico. Após a triagem, os pacientes são encaminhados aos consultórios médicos. Uma vez realizado o atendimento, o paciente deve ter sua referência garantida mediante encaminhamento realizado através das centrais de regulação ou, quando estas não existirem, através de fluxos previamente pactuados (BRASIL, 2002, p. 18).

Em 2004 iniciou-se a implantação da classificação de risco no setor de urgência e emergência da região de Belo Horizonte. Na época a capital contava ainda com outras unidades de atendimento, as UPAs: Barreiro; Leste; Nordeste; Norte; Oeste; Pampulha; Venda Nova e posteriormente e a mais recente Centro-Sul. PS: Hospital João XXII Pronto Socorro – HPS; Hospital Municipal Odilon Behrens – HMOB e o mais recente Hospital Risoleta Tolentino Neves – HRTN. Essa implantação tinha o objetivo de humanizar o atendimento e de agilizar o fluxo do usuário no setor. Por via de entrevistas, para levantamento de dados, eram classificados por níveis de risco de alta, média e baixa complexidade.

A classificação de risco é uma ferramenta que, além de organizar a fila de espera e propor outra ordem de atendimento que não a ordem de chegada, tem também outros objetivos importantes, como: garantir o atendimento imediato do usuário com grau de risco elevado; informar o paciente que não corre risco imediato, assim como a seus familiares, sobre o tempo provável de espera; promover o trabalho em equipe por meio da avaliação contínua do processo; dar melhores condições de trabalho para os profissionais pela discussão da ambiência e implantação do cuidado horizontalizado; aumentar a satisfação dos usuários e, principalmente, possibilitar e instigar a pactuação e a construção de redes internas e externas de atendimento (MOLICA, 2011, p. 26).

Para a classificação de risco em unidades de urgência e emergência, foi adotado um sistema de cores para qualificar os pacientes níveis de complexidade, o protocolo estabelecido pelo Grupo de Triage de Manchester, como na Figura 04:

- VERMELHO, prioridade zero, ou seja, emergência, atendido imediatamente na sala de emergência;
- AMARELO, prioridade urgência o mais rápido possível, o paciente será atendido com prioridade sobre os pacientes classificados como VERDE, no consultório ou leito da sala de observação;
- VERDE, não urgente, ou seja, sem risco de morte imediato. Somente será atendido após todos os pacientes classificados como VERMELHO e AMARELO;
- AZUL, consulta com baixa complexidade, ou seja, quadro crônico sem sofrimento agudo ou caso social que deverá ser preferencialmente encaminhado para atendimento em Unidade Básica de Saúde ou atendido pelo Serviço Social. Se o paciente desejar poderá ser atendido após todos os demais, classificados como VERMELHO, AMARELO e VERDE (BRASIL, 2004).

Figura 4 – Classificação de Risco segundo Protocolo de Manchester

COR	NOME	TEMPO	PRIORIDADE
VERMELHO	Emergente	0 minuto	Atendimento médico imediato
AMARELO	Muito urgente	30 minutos	Avaliação médica Com atendimento prioritário
VERDE	Pouco urgente	60 minutos	Aguarda consulta médica
AZUL	Não urgente	120 minutos	Atendimento por ordem de chegada

Fonte: MACKWAY-JONES et al. (2006). Adaptação do autor, 2019.

No PA do HC, o sistema de acolhimento do paciente que procurava o serviço de urgência e emergência, começou a ser implantado em 2007. A proposta foi de priorizar os casos mais graves com ações de qualificar, através de uma escuta de uma qualidade, o quadro de saúde apresentado pelos usuários que procuravam o serviço do PA. A intenção maior estava no foco de diminuir a fila de espera e antecipar, o mais breve possível, o atendimento dos casos agudos a fim de agilizar

as urgências presentes no local. Além disso, realizar um atendimento com “capacidade de promover ações resolutivas, com respostas mais ágeis e adequadas aos usuários” (VDTE HC/UFMG, 2014, p.07).

Nesse sistema, os registros dos pacientes vinham sendo efetivados de forma manual, pelos enfermeiros. Posteriormente, a classificação de risco informatizada seria implantada no PA do HC a partir de 2008. O HC foi o primeiro hospital a utilizar o software exclusivo da empresa ALERT com o protocolo de Manchester, criando um banco de dados dos pacientes atendidos no PA. No PA a Classificação de Risco implantada foi substituída pela triagem do Protocolo de Manchester no mês julho de 2008, no entanto a informatização só ocorreu em 2009.

A empresa ofereceu o curso de capacitação introdutório do sistema operacional aos servidores no local de trabalho, que foi ministrado por um enfermeiro da equipe de suporte de informática da empresa, com aulas teóricas e práticas em 02 módulos durante 08 horas de curso.

Os usuários achavam que deveriam manter a ordem de chegada a que estavam acostumados e quanto aos profissionais da Instituição acreditavam que os enfermeiros estariam exercendo uma atividade restrita ao médico. Esses conflitos foram amenizados e resolvidos após todos os profissionais terem sido capacitados com o Protocolo de Manchester que foi instituído em todo o estado de Minas Gerais, iniciando pelo Hospital das Clínicas e pelo Hospital João XXIII (VDTE HC/UFMG, 2014, p. 07).

A triagem dos pacientes era realizada por 01 Enfermeiro, auxiliado por 01 Técnico de Enfermagem na maioria das unidades de atendimento de urgência e emergência de Belo Horizonte, de acordo com a portaria GM/MS n. 2048/2002 do Ministério da Saúde. Ao longo do tempo sofreu algumas adaptações no modo de aplicação do protocolo de Manchester na rede de atendimento.

Em 11 de setembro de 2007 foi implantando o Acolhimento com Classificação de Risco no Pronto Socorro do Hospital das Clínicas-PS-HC/UFMG. O PS/HC-UFMG funciona como porta de entrada do Sistema Único de Saúde, acolhendo pacientes com queixa de urgência, exceto pacientes traumatológicos. Esta adequação aconteceu quase no mesmo período em que se iniciaram as obras de reforma e estruturação física do PS-HC-UFMG (VDTE HC/UFMG, 2014, p. 07).

5.4 As reformas estruturais no PA do HC de 2007 a 2014

5.4.1 A primeira etapa de 2007 a 2008

A primeira etapa da reforma, iniciada em 2007, contemplou a Ala Sul do PA, onde antes existia uma recepção que efetivava a ficha de entrada dos pacientes e estes eram encaminhados diretamente para os consultórios aguardando assim, o atendimento médico. Pois, o sistema de classificação de risco no PA começava a ser implantado lentamente. No setor de primeiro atendimento, na Ala Sul do PA, possuía:

- Portaria e acesso de entrada dos funcionários;
- Sala de equipamentos hospitalar;
- 01 sala de emergência com 09 leitos (cama e maca);
- 02 consultórios da clínica médica;
- 01 consultório da clínica cirúrgica e neurologia;
- 01 consultório da ginecologia;
- 01 sala de espera;
- Posto de enfermagem;
- Antessala de medicação e observação de paciente;
- Sala de EGE com maca;
- Expurgo para limpeza e preparo de material hospitalar;
- 01 banheiro para servidores e 01 para paciente;
- Copa para servidores;
- 01 sala do laboratório de coleta;
- Sala de coordenação de enfermagem.

Na Ala Norte havia o corredor de acesso onde se localizava: a sala de coordenação médica; a para o administrativo; o banheiro para servidores; a observação de pediatria com 14 leitos; as alas para observações de pacientes, (feminina e masculina), com um banheiro em cada quarto e com aproximadamente 18 cama e em frente o elevador, uma copa para os servidores.

Os pacientes eram medicados. Tinha as cadeiras que eles ficavam sentados. E dali eles tinham alta ou iam para a observação. Tinha

dois consultórios que o pessoal era atendido. Atendia, ia pra sala de medicação e era medicado. Melhorava ou tinha alta. E se não melhorasse ia lá para a observação. Feminina ou masculina (TEC-05).

Nessa primeira fase de obras, a portaria do PA foi transferida para a Ala Leste do hospital, no mesmo andar, próximo a Farmácia Central, estendendo até a portaria onde funcionava o acesso para o Laboratório Central localizado no subsolo. “*Aí eles tiram a portaria que era a principal, fecharam ela. Ela saiu perto da farmácia*” (TEC-05). Ficando, assim, a entrada para o PA com uma rampa de acesso, isolada de outras unidades do hospital.

Uma das mais importantes é a reforma do Pronto-Atendimento, iniciada no segundo semestre de 2007, que permitirá a ampliação do espaço em 400 metros quadrados. Prevê novas instalações elétricas e hidrosanitárias, troca do piso e adaptação das salas de banho para melhor atender deficientes físicos, com sanitários projetados para a entrada de cadeiras de rodas (UFMG, 2008).

Outras estruturas também sofreram alterações, como a sala de medicação e laboratório de coleta, que foram transferidos para o lugar onde havia a copa para os servidores na Ala Norte do PA. Essa mesma copa, foi improvisada em um local próximo da farmácia, no mesmo andar. A sala de coordenação de enfermagem foi deslocada, unindo-se a coordenação médica e o administrativo, em frente às Observações Feminina e Masculina para a realização das obras de engenharia na Ala Sul.

Nesse mesmo contexto, houve a necessidade da transferência da sala de emergência para o final do corredor situado na Ala Norte do PA, onde estava localizada a Observação Pediátrica, esta foi alocada na sala do administrativo. A sala de emergência foi nomeada de “Sala 08” pelos funcionários do HOMB no período que trabalharam no PA. No Pronto Socorro antigo do HMOB a emergência se localizava na sala de numeração 08 e ficou como referência quando chegaram em 1996 no HC. Os servidores continuaram a referi-la com esse nome mesmo após a saída do HMOB do PA do HC.

A Sala 8 passou lá para o final, lá pro fundo pra fazer a reforma. Fez a reforma da frente depois fez a reforma do fundo né. Lá ficou sala de emergência, parece que lá ficou 8 leitos, lá dentro e uma maca de parada do outro lado. A pediatria foi para uma salinha pequena que

era o isolamento. A UDC, não, naquela época era Observações Feminina e Masculina (ENF-04).

Nessa etapa, o PA continuou o atendimento, houve diminuição do fluxo de pacientes, porém instituiu-se uma observação de pacientes no corredor de acesso a nova portaria estendendo até o corredor do setor de observações. Onde os pacientes ficavam em observação nas macas e cadeiras.

Durante esse período, os médicos do setor atenderão apenas os casos de emergência, ou seja, pacientes com risco de morrer, os casos de urgência serão classificados por risco e encaminhados a outras unidades de saúde de Belo Horizonte, conforme acordo com a Secretaria Municipal de saúde (UFMG; Agência de notícias, 2007).

Uma fase em que os servidores passaram por dificuldades de adaptação com essa nova realidade, que exigia renormalizações na prestação do serviço de saúde para com o atendimento na realização de procedimentos e cuidados de enfermagem. Nesse caso o tratamento com essa realidade, com *lacunas de normas*, “não se trata de agir com astúcia para contornar, trata-se de normatizar quando não há norma” (SCHWARTZ, 2016b, p. 30).

O espaço físico mudou muito, mudou o que... Várias vezes na verdade, a gente mudou muito. Porque antes era, a sala de medicação, colado com um banheiro e uma copa. Na sala de medicação tinha sala de espera e a sala de preparo da medicação e a salinha do ECG, que o paciente tinha certa privacidade de você fazer uma medicação IM, pra fazer um ECG, que não era tão exposto. Ai depois das reformas a sala de medicação foi para em frente o elevador, pra uma copinha, que na verdade era uma copa. Ai virou a sala de medicação e o laboratório (AUX-05).

Tinha hora que tinha 28 pacientes naquele corredor, você sabe. Às vezes até nem de Minas, do Brasil inteiro, você junta gente de tudo enquanto classe social, idade, patologia das mais variadas possíveis (ENF-04).

O melhoramento nas antigas instalações modificou parte da estrutura física da Ala Sul do PA. A portaria foi reaberta para recepção de pacientes. No entanto, para os servidores, o acesso pela portaria PA ficou restrito devido ao controle de fluxo de pessoas. Todos os servidores passaram a entrar no hospital pela portaria principal do HC.

As novas instalações do setor Sul no PA passaram a contar com um espaço

ampliado, onde no local inaugurou 06 consultórios: 01 de ginecologia, 01 de clínica cirúrgica, 01 de neurológica e 03 de clínica médica. Um posto de enfermagem, uma sala de ECG e um local de preparo para medicação. Também, sanitários feminino, masculino e adaptado para cadeirante, recepção e sala classificação de risco e ainda, um espaço de observação 24 horas para pacientes com 11 poltronas reclináveis e 02 macas de transporte de urgência.

Inaugurada em dezembro de 2008, a primeira etapa da reforma aconteceu na ala Sul do PS, quando foram trocados pisos, instalações hidrosanitárias, redes elétrica e telefônica, além do condicionamento de ar dos consultórios. O espaço tem uma área de 550 m², onde funcionam a recepção, a qualificação de risco e os consultórios (UFMG; F.M., 2012).

A sala de coordenação médica e o administrativo também retornou para a Ala Sul. A sala ficou localizada no corredor de acesso, em frente onde funcionava o antigo laboratório de coleta, onde se instalou uma pequena rouparia. A coordenação de enfermagem foi direcionada para uma pequena sala na portaria ao lado da sala de classificação de risco. Com essa mudança, o espaço antigo dessas repartições passou a ser usado como pequena enfermaria, como anexo da observação de adulto.

Após a primeira reforma, no posto de enfermagem permaneceram juntos os setores de laboratório e de medicação, que antes eram separados. Passaram a ocupar o mesmo espaço. No início os servidores da medicação, que faziam ambos os serviços, o de coleta e o de cuidados de enfermagem, por um bom tempo conseguiram trabalhar de forma apropriada. Pois, havia acomodação para os pacientes que eram atendidos na urgência. Existia o espaço físico e também o paciente permanecia poucas horas no local, sendo transferido para observação da Ala Norte ou para o andar, quando a avaliação médica verificasse necessidade de maior permanência desse paciente no PA.

5.4.2 A segunda etapa de 2008 a 2012

Em 2008, iniciou a segunda etapa das obras que foi inaugurada em 05 de março de 2012, ampliando de 09 para 12 leitos na Sala de Emergência e quase duplicando a capacidade de atendimento da Observação Pediátrica passando de 08 para 15 leitos.

A ala nova é de 460 m² e terá ainda salas de apoio, postos de enfermagem, salas de prescrição, sala de conversa com a família e sala para descanso médico. Tudo isso com sistema de ar-condicionado, de maneira a proporcionar mais conforto aos pacientes, acompanhantes e funcionários. O ambiente contará também com cinco pontos para instalação de monitores de televisão (UFMG, F.M., 2012).

O Laboratório Central localizava-se justamente no subsolo da área sul do PA, onde seriam realizados os procedimentos de construção e demolição alvenaria. No andamento das obras, o mesmo foi transferido para um anexo nos fundos da Faculdade de Medicina próximo ao Ambulatório Borges da Costa. Atualmente o subsolo da Ala Sul está com proposta de projeto de obras para um novo Laboratório Central de acordo com o plano diretor de 2018, ampliando o acesso para o atendimento do usuário que depende desse serviço.

Trata-se de portaria para acesso ao laboratório central, que já está sendo executado no 1º subsolo da ala sul. A portaria garantirá uma melhor acolhida do usuário/paciente e o desnível desta em relação ao subsolo será vencido por escada e plataforma. A área prevista para construção é de 140,0m² em apenas 01 pavimento (UFMG, 2013, p. 60).

Essa fase foi a mais extensa de todas as etapas da reforma do PA, devido à construção de dois setores de urgência muito complexos, a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e a Observação de Urgência Pediatria. Por aproximadamente 04 anos, parte a área Sul do PA ficou em isolamento para garantir segurança e os incômodos provocados pela edificação dos novos setores.

No alojamento das salas de Observação Feminina e Masculina havia 14 leitos, em cada uma, além de cadeiras comuns para os acompanhantes. Porém, quando havia contemplada a ocupação dessas vagas, no centro da unidade no próprio corredor do quarto, os servidores improvisavam de 04 a 05 leitos de maca, a mais, para acomodação dos pacientes que permaneciam nas observações. Havia outro quarto, em frente às observações, o antigo pertencente ao administrativo, que também comportavam 05 leitos de maca.

A cama hospitalar, naquele tempo, apresentava poucos recursos para acomodar todos os pacientes em relação ao conforto. Muitas não levantavam a cabeceira e a maioria fixa, sem rodas, o que dificultava o trabalho dos servidores quanto ao transporte e a procedimentos realizados nos pacientes.

A capacidade atual, devido ao processo de reforma iniciado em 2007, está em 36 leitos de observação (masculina e feminina) 06 leitos pediátricos 09 leitos de emergência e 02 “macas” para reanimação (1 adulta e 1 pediátrica) totalizando 52 leitos. Seis consultórios para atendimento às consultas e 01 sala para acolhimento com classificação de risco além da área para realização de ECG’s e administração de medicamentos aos não internos. Porém a superlotação constante torna o cumprimento da missão daquele setor tarefa difícil (MOLICA, 2011, p. 30).

A questão da permanência do paciente na observação, ao longo do processo das obras, tornou-se crítica, principalmente pela falta de vagas e devido às restrições quanto à transferência dos pacientes que permaneciam por um período maior que o esperado. Os servidores passaram a alocar os pacientes em maca no corredor da Ala Norte e este fenômeno também acontecia com a observação pediátrica. Conforme o relato do servidor: *“ficou sempre mantido, né. As observações... hiperlotado. E aqui, na frente, era até tranquilo... Onde hoje é a Sala de Medicação. Mas, lá dentro, sempre foi... Pacientes, cheios, muito dependentes”* (TEC-04).

Os trabalhadores passaram a utilizar o corredor como expansão da enfermaria. Quando esgotava os leitos de adultos dentro do setor, berços eram estrategicamente acondicionados no mesmo espaço junto às macas de adultos. Essa situação perdurou por alguns anos até final das obras na Ala Sul. Pode-se entender que o processo de superlotação teve seu primórdio nessa mesma época. Conforme bem especificado, a autora discorre sobre a realidade daquela época.

O Hospital das Clínicas vem enfrentado problemas de grande ordem ocasionados pela superlotação como permanência prolongada devido à espera de um leito de internação, espaços inadequados que não comportam essa demanda, crianças em corredores junto à adultos, pacientes transplantados junto aos demais, equipes de atendimento tensas decorrentes da pressão de uma demanda sufocante, corredores de circulação da equipe ocupados por macas, sala de emergência com pacientes gravemente enfermos há dias, semanas ou meses aguardando vaga em unidades de tratamento intensivo, como também pela insuficiência de recursos humanos, inexistência de diretrizes clínicas, planos e linhas de cuidado formalizadas pela instituição; acarretando aos pacientes, um percurso imbricado de dificuldades, além do conflituoso processo de trabalho decorrentes deste cenário provocando nos profissionais que ali atuam um desgaste além do já enfrentado por atuarem em unidade de urgência e emergência (MOLICA, 2011, p. 11).

5.4.3 A terceira etapa de 2012 a 2014

A terceira etapa de reforma do PA terminou pouco antes de sua inauguração no dia 04 de fevereiro de 2014. Nesta fase, houve reformas da estrutura física na Ala Norte. Conforme exigências de adaptação sugeridas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA e Vigilância Sanitária Municipal – VISA. Esta última etapa realizada incluía a Unidade de Decisão Clínica (UDC), antiga observação adulto, masculina e feminina, com 22 leitos, uma sala de procedimento médico e um quarto para isolamento para paciente.

Com custo aproximado de R\$ 4 milhões, a obra foi financiada pelo Ministério da Saúde, através do Fundo Nacional de Saúde, e pela Secretária de Estado da Saúde de Minas Gerais, através do Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais SUS-Proshop, além de recursos do próprio hospital (UFMG, 2014).

A terceira e última etapa da obra acontecerá na ala Norte, com previsão de início no mês de março e de término em dezembro deste ano. Nela funcionará a Observação Adulto Masculina e Feminina, que contará com escaninhos para guardar os pertences dos pacientes e dos acompanhantes (UFMG, 2012).

Nesta fase, as Observações Feminina e Masculina foram transferidas para o 3º andar na Ala Sul do HC, porém, ainda permaneciam pacientes no PA, como relata o servidor que *“ficou um pedaço da observação no 3º Sul”* (TEC-04). Conforme o andamento das reformas, a parte da Ala Sul do PA ficou sobrecarregada pelo fato dos atendimentos continuarem no mesmo ritmo anterior. *“la para o 3º Sul. E aí, teve uma época, que ficou funcionário, subia ficava lá em cima. Depois, esse trânsito assim...”* (TEC-05). Referindo-se ao “Corredor”. Os servidores dividiam escala tanto no 3º andar, como na observação dos pacientes que aguardavam vaga na parte da medicação, no corredor.

No princípio, no local ficavam pacientes que aguardavam transferências ou alta hospitalar, mantendo os cuidados de enfermagem pelos servidores durante 24 horas. Técnicos de Enfermagem foram escalados para cuidar dos pacientes que mantinham internação e também manter os procedimentos básicos para com os enfermos que permaneciam no “Corredor” aguardando vaga para os andares do hospital. Parte dos servidores, conseqüentemente, se revezavam na escala das duas observações, no “Corredor” e no 3º andar.

Nesse mesmo local houve o ajuntamento dos servidores, Técnicos de Enfermagem que prestavam serviço nas observações que ficava na Ala Norte, com os servidores do posto de enfermagem da medicação, Auxiliares de Enfermagem que recebia os pacientes da urgência para o primeiro atendimento. Os servidores de ambas as unidades trabalhando no mesmo espaço.

A princípio, o espaço de alocação dos pacientes, que anteriormente era adaptado na ala Norte, foi-se instituindo por força da demanda de entrada e permanência de pacientes no PA, extrapolando 24 horas de permanência na unidade. A morosidade de transferências dos pacientes para outros setores do hospital, por falta de vagas, agravou a situação e constantemente o PA apresentava superlotação de pacientes.

De forma aleatória e confusa, foi-se também ampliando, em grande proporção, a ocupação dos espaços nesse ambiente com os pacientes em observação. A ocupação se deu de tal forma que, inclusive, os consultórios médicos passaram a servir de pequenas enfermarias para alocação dos pacientes que necessitavam de um cuidado especial e rigoroso por parte dos servidores no PA. *“E eles foram usando os consultórios. Colocando duas macas no consultório e acabando que virou uma enfermaria. É assim meio que forçado, né”* (TEC-05).

Essa nova realidade no PA foi se tornando outra problemática, visto que, na medida em que admitia mais pacientes, esses permaneciam em situação de observação por um tempo maior que esperado. Ficando a unidade em constante estado de superlotação de pacientes que permaneciam para realização de todos os procedimentos que demandavam de suas patologias: exames em geral, cuidados de enfermagem, avaliações médicas, procedimentos, tanto médicos como de enfermagem. Um quadro de infraestrutura precária

Ao final da terceira reforma e antes mesmo da inauguração do PA, lentamente, houve o desligamento da unidade do 3º andar na Ala Sul. Na medida em que, os pacientes que lá permaneceram recebiam alta hospitalar, conseqüentemente, acontecia também à vacância do setor até o ponto de não haver nenhum paciente do PA sob a observação no 3º andar do hospital.

A reforma da área física que se iniciou em agosto/setembro 2007 estava prevista para terminar em três anos. Para que a reforma ocorresse, várias adequações foram realizadas ao longo do tempo. Em julho de 2008 ficaram prontos os consultórios; em março de 2012 foi a Sala de Emergência potencializando o estabelecimento da integração com a equipe

multiprofissional e, em 03 de fevereiro de 2014 foi realizada a inauguração dos 22 leitos de observação na Unidade de Decisão Clínica do PS-HC/UFMG (VDTE/HC/UFMG, 2014, p. 07).

Nesse mesmo período, entre os anos de 2012 e 2013, o hospital recebeu novos servidores do regime RJU, provenientes do último concurso⁶⁰ realizado em 01 de julho de 2012, exclusivamente, para o Campus Saúde da UFMG. A maioria das vagas foi destinada para o preenchimento do contingente de servidores no PA devido à reforma, bem como um quantitativo de servidores contratados pela FUNDEP. As últimas nomeações aconteceram até 31 de agosto de 2014, de acordo com a Pró-Reitoria de Recursos Humanos – PROHR e o Departamento de Desenvolvimento de Recursos Humanos – DRH, houve posse no cargo de 39 servidores: auxiliar de enfermagem e 96 servidores: técnicos de enfermagem. No entanto, o déficit no quantitativo de quadro de servidores ainda não havia atingido o ideal e, conseqüentemente, o contrato com a FUNDEP foi prorrogado até a entrada da EBSERH. Um fragmento do Ofício da Diretoria do hospital emitido no primeiro semestre de 2012 reafirma esse contexto.

Considerando que a ampliação do quadro de servidores públicos depende de autorização do governo federal para a realização de concurso público, propostas foram encaminhadas ao MEC, visando a substituição do quadro de funcionários celetistas por estatutários. Como até o presente momento não houve liberação de concurso público para os HU's, não resta outra alternativa para a Administração do HC/UFMG senão a de recorrer à disponibilização de recursos humanos contratados pela Fundação de Apoio da UFMG – FUNDEP para viabilizar o funcionamento do hospital, dentro do proposto nas portarias editadas pelo próprio governo federal (UFMG/ OF.DIR-HC, 2012 p.03).

Foi uma mudança assim. É... Foi uma mudança grande, mas foi uma reforma tão longa, mas, tão longa que acabou que a gente se perdeu no tempo, aqui dentro. Foi uma reforma assim... É que levou um prazo tão grande. Que quando inauguro, eu fiquei impressionada com o tempo que levou com o que foi feito. Né, uma coisa muito mal distribuída. [...] O tempo que gastou pra fazer com o que foi feito, realmente. [...] O espaço muito mal aproveitado, distribuíram uns espaços que não tem necessidade. [...] na minha concepção o principal objetivo de uma reforma dessa é a atende melhor o paciente, dá um conforto maior pro paciente e isso não foi feito. [...] Alguns pacientes foram contemplados. Com aqueles b=Box que tem lá dentro (UDC). Mas pra poucos, os outros pacientes ficaram no corredor, né. Muito mal acolhido (AUX-05).

⁶⁰Edital nº 327, de 30 de abril de 2012. Técnico em enfermagem: ampla concorrência: 29 (vinte e nove) e Auxiliar de enfermagem: ampla concorrência: 10 (onze).

Essas referências tornam-se importantes, pelo fato de várias transformações ocorridas em todo o HC da UFMG, influenciaram no perfil dos profissionais da enfermagem de base, atuantes no PA do hospital. Recentemente houve mudanças organizacionais do trabalho relativas à gestão. Principalmente, na tratativa de recursos humanos como um todo. Adveio a implantação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH)⁶¹.

5.5 A implantação da EBSERH no Hospital das Clínicas da UFMG

A ideia de nasceu do programa REHUF, lançado pelo MEC em 2008, com a finalidade de diagnosticar e propor soluções para os problemas específicos da sua rede de Hospitais Universitários Federais com o propósito de solucionar os problemas estruturais das Instituições Federais de Ensino Superior (IFES) de todo o país.

Esse projeto do MEC está direcionado para a padronização das práticas administrativas e assistenciais em todos os hospitais da rede de ensino federal, permitindo a implementação de iniciativas de forma sistêmica, definindo assim, um modelo de gestão adotado por todos os hospitais universitários federais, principalmente em relação a ações no sentido de garantir a recuperação física e tecnológica, e ainda, atuar na reestruturação do quadro de recursos humanos das suas unidades.

Na 1ª fase do Programa são mapeadas ou revisadas as competências organizacionais, individuais fundamentais e gerenciais. A 2ª fase consiste na gestão do desempenho por competências, quando, a partir das metas instituídas para a Empresa, são pactuadas as metas das equipes de trabalho, as responsabilidades de cada integrante da equipe para o alcance dessas metas, e identificadas a importância de cada competência para o desenvolvimento dessas responsabilidades. Ao final do período avaliativo, são apurados os resultados e identificadas as lacunas de competências. Na 3ª fase, é elaborado o plano de desenvolvimento de competências para minimizar as lacunas identificadas e melhorar o desempenho profissional. O Programa é um instrumento de gestão alinhado aos objetivos estratégicos da Empresa, à Política de Educação Permanente do SUS e ao Decreto 5.707, de 23 de fevereiro de 2006 (GOMES; PAULA, 2016, p. 2).

No HC da UFMG a EBSERH começou a ser implantada em junho de 2014. Conseqüentemente, mais uma vez, aconteceram demissões em massa no quadro

⁶¹ EBSERH. Disponível em: <<http://www.ebserh.gov.br/web/aghu/sobre/historia>>

de servidores terceirizados que se encontravam vinculados a FUNDEP em todos os setores, administrativos e assistenciais. Novamente, outro episódio de deposições que, a princípio, foi definitivo. Nesse compasso, o ingresso dos servidores vinculados a EBSE RH gerou um processo de transição bastante tumultuado, além de moroso, com desgaste generalizado de toda a equipe, principalmente pelo fato de que na gestão da EBSE RH o contrato profissional de trabalho está enquadrado sob o regime CLT, enquanto que, uma minoria de servidores que há anos enquadram-se no HC está sob o RJU.

Diante do quadro em que servidores com direitos e culturas diferentes, trabalhando com uma única equipe multiprofissional e com objetivos comuns, indicam aqui, o maior desafio, uma vez que esse contraste provoca conflitos e fragilidades, com forte repercussão na construção e troca de conhecimento entre os servidores.

Com o estandarte, *desenvolvimento de competências*, calcado em um discurso de não punir o servidor e sim identificar os pontos fracos para então desenvolvê-los, a implantação da empresa traz consigo um novo contexto quanto às exigências normatizadas que afetam diretamente a atividade de trabalho do servidor no HC. Como destaca os autores.

As estratégias de desenvolvimento devem ressaltar o papel das pessoas como principal capital transformador nas organizações e considerar também a organização na qual esse indivíduo está inserido, com suas especificidades, normas e procedimentos. As organizações públicas estão em busca de práticas de gestão mais flexíveis e com maior ênfase nas pessoas, buscando melhorar a capacidade de resposta a uma sociedade mais exigente e que tem conhecimento dos seus direitos. O usuário dos serviços públicos passou a buscar maior qualidade, eficiência dos serviços públicos e transparência nas ações da Administração Pública. Esse novo cenário traz como consequência a necessidade de profissionais que desempenhem suas atividades com maior responsabilidade e compromisso com os princípios da administração pública tendo como referência as metas organizacionais, a fim de obter resultados que atendam às expectativas da sociedade (GOMES; PAULA, 2016, p. 6 -7).

Colocando o trabalhador como responsável pelos resultados organizacionais, sendo monitorado pelos objetivos e metas pautados pelo novo modelo de gestão com foco em resultados que promovam a instituição.

6 O PRONTO ATENDIMENTO E CAMPO DE PESQUISA

6.1 Estruturas físicas do Pronto Atendimento atual

A área física do PA do HC, após 5 anos com as várias reformas, foi modernizada para atender parte da reestruturação indicada pela REHUF, através do investimento de aproximadamente R\$ 4.000.000,00 municiados pelo Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS/MG (Pro-Hosp)⁶². O programa da REHJU objetiva adequação não só na planta física, como também, na gestão organizacional e de recursos humanos sempre incorporando as dimensões de novas tecnologias. Foi através do programa Pro-Hosp que o hospital obteve recursos financeiros, que foram destinados à aquisição de todo material necessário para essa fase de obras de adaptação no HC da UFMG. Posteriormente, com a entrada da empresa EBSEH esses recursos seriam orientados pelo programa REHUF, conforme:

Art. 3º O REHUF orienta-se pelas seguintes diretrizes aos hospitais universitários federais:

I - instituição de mecanismos adequados de financiamento, compartilhados entre as áreas da educação e da saúde; (*Inciso com redação dada pelo Decreto nº 8.587, de 11/12/2015*)⁶³;

II - melhoria dos processos de gestão;

III - adequação da estrutura física;

IV - recuperação e modernização do parque tecnológico;

V - reestruturação do quadro de recursos humanos dos hospitais universitários federais; e;

VI - aprimoramento das atividades hospitalares vinculadas ao ensino, pesquisa e extensão, bem como à assistência à saúde, com base em avaliação permanente e incorporação de novas tecnologias em saúde.

(DOU, 2015, p. 01).

O PA hoje possui uma área de aproximadamente 500m² onde estão situados na Ala Sul: área de recebimento de paciente, sala de emergência adulto, pediátrica, sala de medicação e na Ala Norte: UDC. Na Ala Leste localiza-se a copa de funcionários, a Farmácia Central, espaço para refeição de acompanhante, entre

⁶²O Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS/MG (Pro-Hosp) é um programado governo estadual foi implantado em maio de 2003 e desde então se transformou em uma das mais importantes ações programáticas do governo estadual no âmbito da assistência hospitalar.

⁶³**Art. 3º** A partir do exercício financeiro de 2016, o Ministério da Saúde deverá alocar anualmente, em rubrica específica do REHUF, no mínimo, valor correspondente ao aplicado na mesma rubrica no exercício anterior, adicionado da variação percentual do orçamento de ações e serviços públicos de saúde.

outros. A seguir a descrição da estrutura do PA “Porta”, como referido pela maioria dos servidores dessa unidade:

- Portaria: guichê de recepção; sala de coordenação de enfermagem; sala de classificação de risco e antessala com maca para realizar ECG; 03 banheiros; área de recepção com 06 cadeiras e vão de depósito com macas e cadeiras de roda;
- Área de primeiro atendimento: consultórios 02 secretaria médica; consultórios 03 e 04 para atendimento médico com maca; consultórios 01, 05 e 06 com 02 macas cada e banheiro; sala de espera em frente aos consultórios com 09 macas e 06 cadeiras comuns;
- Posto para Medicação: aproximadamente 3m², bancada de preparação de medicação com pia; 03 cadeiras comuns; armário de aço 1mx1,80m, impressora; mesa com computador; outra bancada 1m² para preparação de medicação;
- Antessala de observação da medicação: 02 poltronas reclináveis;
- Antessala da medicação; posto enfermagem com 03 mesas e 03 computadores; 04 cadeiras Office;
- Laboratório de coleta: bancada com computadores; duas cadeiras; um banheiro;
- Área do corredor de acesso livre: corredor 01 (em frente à medicação) com 09 macas; corredor 02 (entre a medicação e a UDC) com 06 macas; sala administrativa e de coordenação; rouparia.

As descrições acima foram registradas no período de coleta de dados da pesquisa e se remetem a área principal da Ala Sul onde é realizado o primeiro atendimento no PA do HC. Foram relatados os objetos da planta física, pois existem outros insumos que não foram descritos como: armários e materiais hospitalares. O PA do HC está constantemente passando por mudanças que atinge também estas estruturas.

6.2 Fluxo do paciente no Pronto Atendimento

As situações descritas nesse capítulo foram construídas através dos registros dos dados coletados da observação de campo, das entrevistas e da pesquisa documental. Foram colocados em foco os setores de recepção, posto de medicação e observação de paciente, localizado na porta de entrada do PA do HC no setor da Ala Sul. Nomeado e sempre referenciado, unanimemente pelos servidores, de “**Corredor**”. Todos os eventos expostos nessa seção foram assentados durante o período que se realizou a pesquisa. Também, ficou bastante evidente que esse determinado setor do PA do HC, destaca-se como sendo o mais crítico e que sofreu modificações constantes na sua estrutura física. Relativamente, quanto às acomodações tanto de pacientes como de setores administrativo, nota-se uma tentativa incansável de estabilizar a melhoria das instalações para o atendimento dos usuários desse serviço. Portanto, estas descrições do local, podem se tornarem obsoletas. Visto que, estão constantemente sendo modificadas as repartições nesse setor específico do PA.

6.3 Perfil do paciente que chega ao PA do HC

O atendimento do HC da UFMG, em geral, está voltado para uma clientela com especificidades de patologias de alta e média complexidade com cada vez mais comorbidade. Não somente na capital, como também de outras regiões do país, as produções na área assistencial de pesquisa e ensino refletem em ações institucionais, com benefícios direcionados “para Minas Gerais, para o Brasil e para outros países, dado o alcance da atenção aos pacientes de diversas procedências.” (UFMG, 2018, p.07). O entendimento a toda população é totalmente gratuito, pois “o HC/UFMG atende a uma clientela universalizada, sendo que 100% dos pacientes são provenientes do SUS e cerca de 40% do total é proveniente do interior do Estado” (UFMG, 2013, p. 01).

O sistema de atendimento de urgência do PA do hospital, conseqüentemente, absorve uma clientela bem característica, uma vez que, não é uma unidade de referência com porta aberta e livre demanda.

Aqui a gente tem muito paliativo. Que chegam assim né... Em fase terminal e tal. Alguns deles passam direto para a UDC quando tem vaga para dar o mínimo de dignidade nos últimos momentos de vida. Mas assim crise convulsiva também a gente atende. É um paciente grave, tem que ser atendido rápido, atende no corredor, aí estabiliza e depois vê, se ele vai pra UDC ou vai pra UTI do PS (ENF-02).

Geralmente os pacientes são encaminhados de outras unidades ou referenciados através do ambulatório do próprio hospital. *“Não é uma unidade de porta aberta. Geralmente ele vem referenciado a nossa porta de entrada. A meu ver, hoje são os ambulatórios” (ENF-01).*

A especialidade maior aqui é os pacientes oncológicos. Geralmente, pacientes que vem do ambulatório. Que já tratam aqui no hospital. Aí, esses pacientes... Vem tudo. E eles tem que atender, né. Já é paciente que trata aqui. Mas, vem paciente de UPA também que são encaminhados. Principalmente pacientes da cirurgia, vem encaminhado de UPA pra cá. Às vezes o paciente vem grave da UPA. [...] Num quer dizer que ele tá vindo de uma UPA, que ele tá mais instável não. Nem sempre. Os pacientes mais graves que vem dessas UPAs, são os pacientes com suspeita de um Aneurisma. É os pacientes da neuro, que eu acho que são os mais graves. Que vem de lá. Porque aí, vem pra cá. Primeira coisa, precisa fazer uma tomografia e tudo. Às vezes é um AVC Hemorrágico, já é um Aneurisma, já é um caso mais grave. E os pacientes de cirurgia. Vem muito paciente da cirurgia com uma Apendicite (AUX-01).

Atualmente, a maioria dos pacientes que procura o serviço de urgência no PA do HC é encaminhada dos ambulatórios do anexo do próprio hospital. Outro fato que ocorre: o paciente que faz acompanhamento clínico com os médicos do HC e que quando vem de casa, provavelmente, sofrer alguma descompensação orgânica. *“É muito comum chegar aqui na porta um paciente que é do serviço e que, de certa forma, ele vem por livre demanda porque ele teve uma alteração” (ENF-03).*

Eles são pacientes crônicos que fazem um acompanhamento no hospital. Que são pacientes com doenças bem específicas mesmo. Que as outras unidades, inclusive nem se sentem à vontade em atender esses pacientes. Então a realidade é que o nosso paciente, ele realmente é nosso (ENF-01).

O paciente de transplante... A referência... Ele transplantou aqui, a referência é aqui. Se esse paciente faz um quadro febril ou um quadro que normalmente os médicos que acompanham, eles orientam: se acontecer, tiver diarreia, vômito persistente, perda de peso, por exemplo. Você vai procurar o Pronto Socorro do HC. [...]

Ele faz uma descompensação. É... Nutricional, porque ele não tá conseguindo alimentar, porque ele tá vomitando, porque a tendo diarreia... Ou é um paciente que tá tendo um tipo de obstrução. O oncológico é alguma complicação. Ou ele tem QT e Rádio. Ele faz uma neutropenia e em função, disso ele vem... [...] O Coordenador do plantão vai avaliar esse paciente, vai julgar a pertinência dele permanecer ou não no serviço. E aí se sim, ele marca a ficha e ele é atendido normalmente e segue o fluxo do hospital. Se não ele é orientado a procurar uma unidade de complexidade inferior ao HC, mas que atenda a necessidade desse paciente. UPA, Unidade Básica de Saúde. [...] Na maioria das vezes ele vai ser aceito porque ele já é um paciente do serviço mesmo (ENF-03).

6.4 A entrada do paciente no PA

O primeiro contato do paciente com o PA do HC é realizado no guichê localizado na portaria. Neste local encontra-se a presença de profissionais que fazem parte do quadro de servidores de empresas terceirizadas⁶⁴ que prestam serviços no HC da UFMG. São eles:

- Recepção/secretária: Provac⁶⁵ - 02: diurno e 01: noturno;
- Porteiro: Conservo⁶⁶ - 02: final de semana; 04: durante a semana (diurno); 02: noturno todos os dias da semana;
- Segurança: TBI Segurança⁶⁷ - 02: diurno e 01: noturno.

O atendimento é efetivado por um funcionário da secretaria que realiza a ficha de atendimento no computador e encaminha à classificação de risco logo após entrar em contato com o plantonista da Regulação Médica das Urgências⁶⁸ que avalia o caso e indica a respectiva clínica que prestará o atendimento médico.

A competência técnica do médico regulador se sintetiza em sua capacidade de “julgar”, discernindo o grau presumido de urgência e prioridade de cada caso, segundo as informações disponíveis, fazendo ainda o enlace entre os

⁶⁴ Para alguns cargos considerados em extinção do Plano de Cargos e Salários do Serviço Público Federal, a alocação de pessoal tem sido realizada através da licitação e contratação de empresas especializadas em setores como: Limpeza, Lavanderia, SND, Recepção Hospitalar e Serviços Gerais (UFMG, 2010, p. 15). A terceirização no âmbito federal é regulamentada pela Lei nº 6.019, de 3 de janeiro de 1974 (Alterada pela Lei nº 13.429, de 31 de março de 2017), que dispõe sobre o trabalho temporário nas empresas urbanas e dá outras providências; e dispõe sobre as relações de trabalho na empresa de prestação de serviços a terceiros. <<https://www.ufmg.br/dlo/terceirizacao.php>>

⁶⁵ Grupo Provac. PROVAC Terceirização de Mão de Obra Ltda.

<<http://www.grupoprovac.com.br/servicos/4/terceirizacao>>.

⁶⁶ Grupo Conservo - Conservo Serviços Gerais LTDA. <http://www.grupoconservo.com.br> .

⁶⁷ TBI Segurança LTDA. <<http://tbiseguranca.com.br>> .

⁶⁸ http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/regulacao_medica_urgencias.pdf.

diversos níveis assistenciais do sistema, visando dar a melhor resposta possível para as necessidades dos pacientes. (BRASIL, 2002, p. 08).

Geralmente, o Regulador permanece na secretaria de coordenação médica, localizada à direita do Corredor da medicação, na parte central do PA. Ao fazer a avaliação de cada caso, o coordenador define a demanda do paciente e o encaminha a classificação de risco para complementar o registro de anamnese do paciente recebido.

Anteriormente, o paciente ao passar pela portaria é abordado pelo porteiro, que verifica a documentação e encaminha para avaliação da regulação ou diretamente a sala de classificação de risco. Ao dar entrada no hospital o paciente tem o direito a um acompanhante “como pessoa da rede social da pessoa internada que acompanha durante toda a sua permanência nos ambientes de assistência a saúde”. (BRASIL, 2007, p.03). Neste caso o acompanhante auxilia no acolhimento do paciente, tanto no amparo geral, como no colhimento de informações para auxiliar no atendimento, visto que, na maioria dos casos o “paciente” encontra-se debilitado em todos os sentidos.

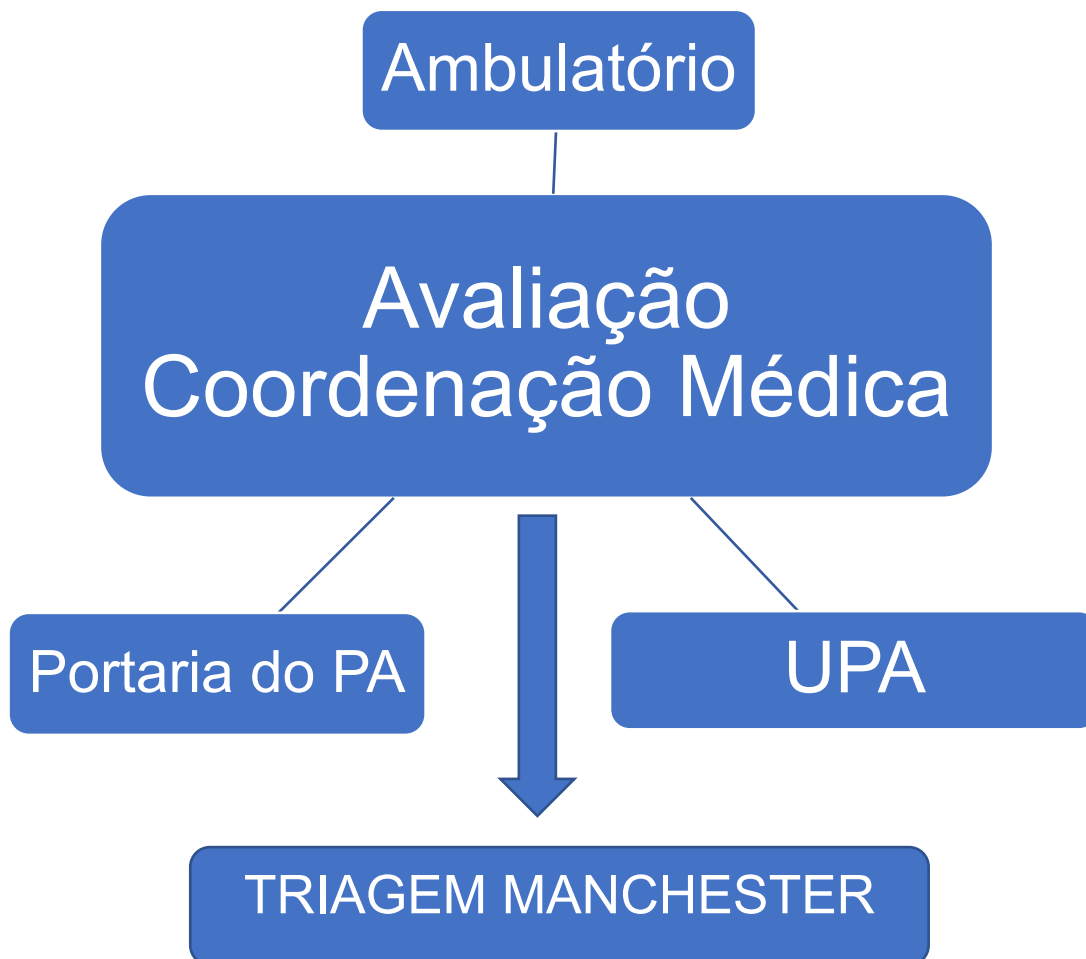
O paciente quando chega à porta para requerer um atendimento e ele não é um paciente do serviço do HC, apresenta a sua queixa clínica e a recepção faz a primeira abordagem verificando se o paciente tem o cartão do hospital. Os recepcionistas questionam se ele faz algum acompanhamento de tratamento no HC. Caso negativo, será exposto o impedimento, pois para realizar a ficha, a recepção deve comunicar ao Regulador. Conseqüentemente, segundo o Enfermeiro escalado na Classificação de Risco:

O Coordenador vai ouvir a queixa do paciente, vai fazer uma triagem desse paciente. Vai verificar os dados, ouvir a história. Se na avaliação dele esse paciente tiver uma descompensação que mereça uma urgência que deva ser observada nesse momento, ele vai autorizar a marcação da ficha e o paciente vai entrar. [...] Queixas obstetra e ginecológica, vão entrar independente. [...] Vai entrar. Marcar a ficha e entrar, não barra. Quem barra a gestante é o próprio serviço do 4º andar (ENF-03).

Se não for um caso de emergência ou de urgência, após a avaliação da demanda do paciente, o Regulador, coordenador médico de plantão no PA, decide e orienta o paciente. Ele encaminha à outra unidade de atendimento do SUS, como as

UPAs, ou direciona o paciente para a sala de classificação de risco, onde se realiza o protocolo de Manchester pelo enfermeiro, conforme demonstrado na Figura 5.

Figura 5 – Fluxograma da Regulação Médica



Fonte: Criado pela autora, 2019.

Parágrafo único. Para executar a classificação de risco e priorização da assistência, o Enfermeiro deverá estar dotado dos conhecimentos, competências e habilidades que garantam rigor técnico-científico ao procedimento.

Art. 1º No âmbito da equipe de Enfermagem, a classificação de risco e priorização da assistência em Serviços de Urgência é privativa do Enfermeiro, observadas as disposições legais da profissão.

Art. 2º O procedimento a que se refere esta Resolução deve ser executado no contexto do Processo de Enfermagem, atendendo-se às determinações da Resolução Cofen nº 358/2009 e aos princípios da Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde. (COFEN, 2012).

Art. 3º - Todo paciente que tiver acesso ao Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência deverá, obrigatoriamente, ser atendido por um médico, não podendo, sob nenhuma justificativa, ser dispensado ou encaminhado a outra unidade de saúde por outro profissional que não o médico (CFM, 2014, p. 03).

Um caso que foi presenciado na observação de campo. Uma experiência que pode descrever com detalhe parte de uma situação, rotineira, que se apresenta na porta de entrada do PA do HC. O paciente é atendido a princípio com característica de urgência, porém a Enfermagem e o Regulador médico, ao realizarem o atendimento, encerram outra percepção do caso. Ao usar o protocolo de triagem, eles decidem, através dos próprios discriminadores da ferramenta de Manchester, que naquele momento o paciente está estável.

Veio de casa, teve um mal-estar e geralmente, se ela tivesse consultando o médico, de lá iria ligar para o regulador daqui, não teria como negar. Eles iriam discutir, pra ver se era daqui ou não. Então o que acontece. Ela veio de casa. Porque a família julgou que ela estava tendo um mal-estar. Ela veio, faz parte desse coordenador trazer a paciente, analisar os dados vitais, coletar um pouco da história e ver se caracteriza como uma urgência para o hospital. Provavelmente ela fez uma arritmia, não teve muita repercussão. Ele achou melhor, ela ser avaliada. Então acontece isso. É uma avaliação médica rápida que ele precisa decidir. Se ela vai ser atendida aqui ou não. Entendeu. E aí ele faz esse encaminhamento, na verdade não é um encaminhamento. É uma sugestão para paciente e familiar procurar uma outra unidade. Em caso de piora. Então isso acontece. É quando o paciente vem, mas ele não entra (ENF-03).

6.5 A Classificação de Risco e o perfil do paciente atendido no PA

O paciente ao chegar à sala classificação de risco é recebido pelo servidor da enfermagem que aplica uma abordagem holística de cada caso apresentado. Para esse procedimento é utilizado o sistema da plataforma SOUL MV⁶⁹, que incorpora um Sistema de Classificação de Risco que organiza o fluxo do atendimento de pacientes em serviços de urgência e emergência, através da informatização de um Protocolo de Classificação de Risco, conforme apresentado na Figura 7, priorizando os casos de acordo com a gravidade, com uma padronização que leva a agilidade no atendimento. Conforme as ITTs e a narrativa do servidor.

⁶⁹ O **SOUL MV** Hospitalar é um sistema de gerenciamento de informações clínicas, assistenciais, administrativas financeiras e estratégias. Um suporte de soluções que facilitam o fluxo dos dados dos pacientes, integrando os processos dentro do hospital. Disponível em: <http://www.mv.com.br/pt/solucoes/hospitalar?gclid=CjwKCAiAnsnjBRB6EiwATkM1XprV6HHZftXyN8HUBnudSG5LYCXLslibYNqi8JfaCI789pQW_W3hYBoCSg8QAvD_BwE>

Atualmente o profissional – enfermeiro – tem seu papel reconhecido por toda a equipe multidisciplinar atuante no PSHC/UFMG, visto que a atividade de Classificação de Risco nos moldes do Protocolo de Manchester NUNCA É INTERROMPIDO, funciona 24 horas por dia, durante os 7 dias da semana, sendo esta atividade exclusiva do enfermeiro (VDTE HC/UFMG, 2014, p. 07).

A gente classifica também, mas a rapidez da classificação não é tão relevante, quanto o quê, que o paciente tá sentindo. É como eu te falei, ele é um paciente que vai ficar. Provavelmente ele vai ter uma internação mais prolongada. Aí essa escuta tem que ser uma coisa mais elaborada porque ele também vai ter outras clínicas que vai acompanhar ele também. Que a gente tem esse recurso. Ele chega aqui hoje com uma queixa e aí ele entra pela clínica médica, mas aí aqui mesmo ele vai ser avaliado pela hemato, aqui mesmo ele vai ser avaliado pelo gastro. Entendeu uma coisa assim de um tratamento (ENF-01).

Segundo o servidor, o grande contingente dos pacientes que procuram os serviços do PA do HC, são portadores de doenças crônicas e pelo fato de estarem adaptados a sua condição, de acordo com a enfermidade que possuem, já chegam com certo entendimento do fluxo, desde a classificação de risco até a estadia da observação no PA, diferente dos pacientes que procuram outras unidades de atendimento. Esses, não portadores de doenças crônicas, que procuram o serviço de urgência, não possuindo diagnóstico e conseqüentemente, não possuem a mesma consciência da sua situação. Nesse caso, o serviço necessita fazer uma classificação de acordo com o Manchester, conforme a Figura 6, e agilizar o mais rápido possível o atendimento desse paciente, não crônico.

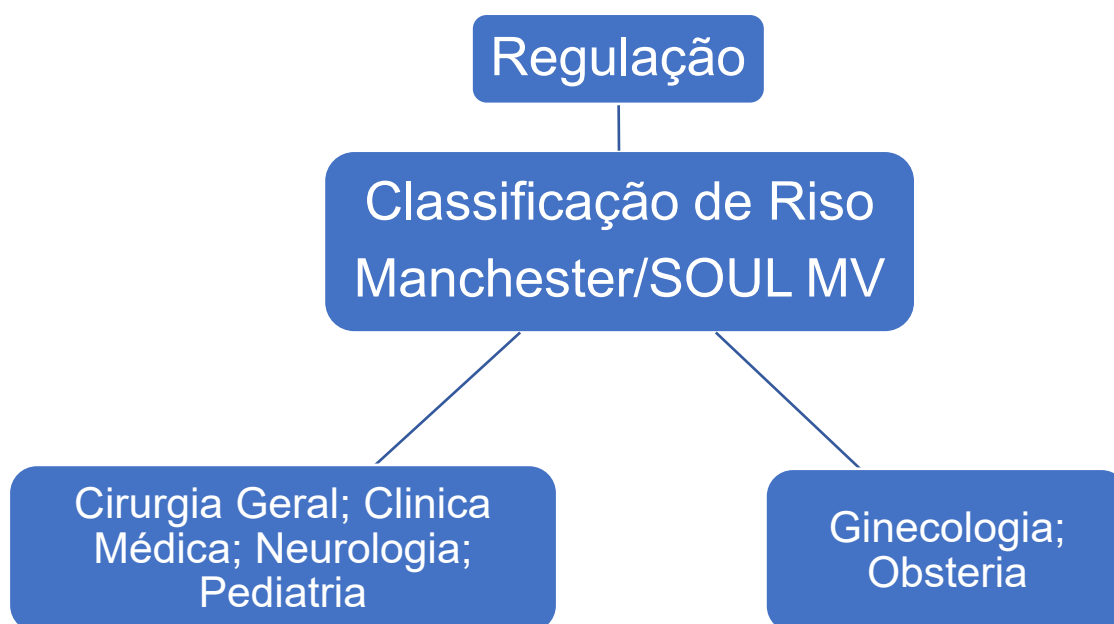
Porque ele sente aquilo, um impacto diferente no organismo dele e aí a conduta naquele momento ali. Até que prova o contrário, ele tá surgindo com aquilo ali agora. E aquilo, oferece um risco maior de morte pra ele, do que aquele paciente que já tá adaptado. Dentro da a doença, eu vejo dessa forma. Assim aqui a diferença do atendimento da urgência (ENF-01).

Figura 6 – Classificação atual do Manchester



Fonte: MACKWAY-JONES et al. (2006).

Figura 7 – Fluxograma da Classificação de Risco no PA do HC



Fonte: Criado pela autora, 2019.

Porque na urgência a gente usa de modo geral o Manchester, né. Em toda a rede. Porém aqui pra gente usar o Manchester é mais difícil. Porque mesmo assim é um paciente crônico. Que ele vem agudizado e que às vezes ele é... Essa agudização dele também nem dá conta embasamento para você usar o Manchester e porque o momento ele tá vivendo ali geralmente é consequência de um quadro arrastado mesmo. Então assim, ele é o crônico que agudiza. Mas até a agudização dele é mais crônica também. Ele não é aqui paciente que chega agudo e a partir daquele momento que ele sentiu alguma coisa. E aí, nosso Manchester tem algumas adaptações, assim, pra atender a nossa demanda. Mas mesmo assim a gente ainda tem a dificuldade. (ENF-01).

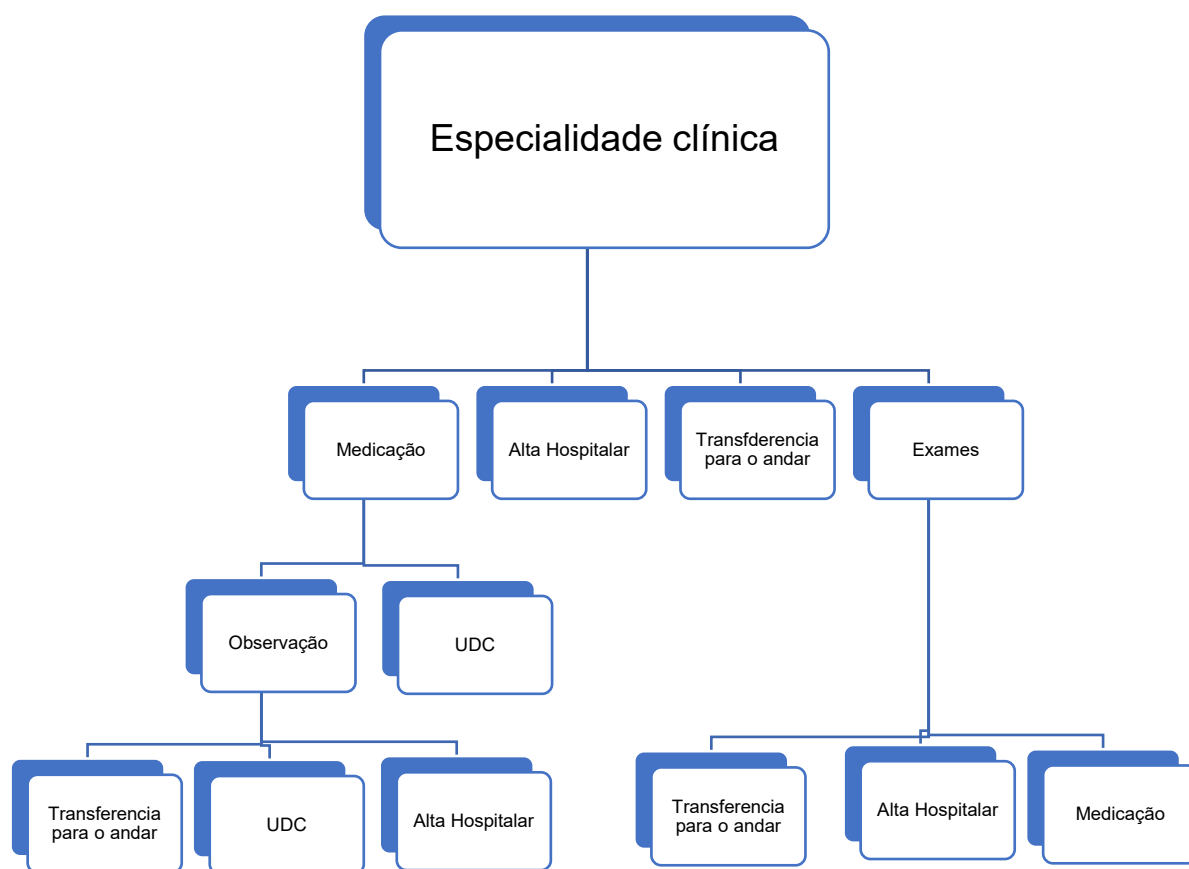
6.6 Fluxos do paciente da observação da Ala Sul do PA

Após passar pela Classificação de Risco o paciente é direcionado para o “Corredor” e assim aguardar o atendimento do médico de acordo com a especialização clínica de cada caso. Após a avaliação da especialidade médica, o paciente poderá seguir diversos fluxos, como apresentados na Figura 8. A maioria dos pacientes atendidos é direcionada para a medicação, como declara os servidores. Conseqüentemente, segue o fluxo elaborado na Figura 8.

A gente usa igual te falei. O método é o Manchester mesmo. A diferença que eu vejo como profissional, assim. Na UPA o paciente chega geralmente ele não tem histórico. Ou quando ele tem um histórico. [...] Aqui o paciente chega. E já chega e já pode ficar internado aqui. E ele já tem um histórico muito grande. Então assim quando ele chega, a classificação de um modo geral. Por mais que a gente usa o Manchester e tudo, mas assim... A gente necessariamente não precisa ficar apegado naquela questão do tempo ali (ENF-01).

O paciente aqui aparece na tela, aí eu chamo o paciente, paciente vem, senta na cadeira, eu me apresento como [...], falo o meu nome e pergunto para ele qual que é a queixa dele, nesse momento. Aí de acordo com a queixa dele, a gente descreve aqui na abordagem inicial e aí dentro da queixa dele a gente vai enquadrando, e..., uns protocolos de Manchester que é um sistema de informação aqui. [...] Chama SOUL MV, um sistema de informação. O HC que fez, porque nos outros lugares é livro, do protocolo de Manchester, utiliza, aqui já é automático (ENF-02).

Figura 8 – Fluxo do paciente no Corredor



Fonte: Criado pela autora, 2019.

7 DETALHES E ANÁLISE DOS DADOS

7.1 A sala de medicação

A área do posto de medicação, na Ala Sul do PA do HC, atualmente é um espaço onde está situado: um banheiro para paciente realizar coleta de material para exame; o posto de coleta do laboratório; o posto de enfermagem com um espaço pequeno e com outro maior, ambos com bancadas para preparo de medicamentos; antessala de acolhimento de paciente para receber medicação, com 02 poltronas reclináveis e 03 cadeiras comuns.

Um apontamento relevante incide sobre a falta de ventilação nesse espaço, onde foi observada uma única janela de estilo *Maxin Air*, semelhante a um basculante com aproximadamente 40cm de largura e 90cm de altura, com abertura para fora. E que, algumas vezes, encontrava-se fechada ou semiaberta. Essa janela fica no posto de coleta ao lado esquerdo da bancada para preparo de medicamentos, dividido por meia parede de aproximadamente 1,30cm de altura. Não foram observados algum tipo de ventilação mecânica ou ar condicionado que pudessem amenizar o problema da circulação de ar no setor. De acordo com o servidor, mesmo após tantas modificações estruturais no PA do HC, a ventilação ficou inadequada para esse espaço.

O que não mudou foi a falta de ventilação, né. Tentaram troca muita coisa. Mas a gente continua num setor fechado com pouca ventilação. [...] A gente continua sem ventilação nenhuma aqui. Só tem aquela ventilaçãozinha ali, daquela janela, oh! Que fica perto ali do laboratório satélite. Mas não tem outro lugar. Ou do corredor da porta de entrada do hospital. Fora isso fica todo mundo abafado, apertado sem ventilação (AUX-03).

A gente precisa de uma ventilação, que num tem. Eles queixam, né. Que tá abafado. Eles queixam que o ar não se renova. Eles queixam odores, né. Tá né, num lugar, mas não dissemina, né. Porque num tem essa ventilação. Num tem essa troca de ar (TEC-01).

No local, executam as tarefas de trabalho, os Auxiliares de Enfermagem, os Técnicos de Enfermagem e a equipe da coleta do Laboratório Central. Nesse espaço, observou-se limitado para que os profissionais executassem a gestão das atividades de trabalho. Nas observações desse local, houve momentos em que

havia a presença de 10 servidores atuando no mesmo espaço. Um exemplo, é que, existe um horário padronizado, quando são realizadas, pelos Técnicos de Enfermagem, as medicações nos pacientes em estadia de observação. Nesse instante, dependendo do quantitativo de pacientes, aumenta também o quantitativo de servidores, principalmente nos dias da semana em que o fluxo de pacientes é maior, às terças e quartas feiras. Além disso, acontecem às admissões de pacientes, executadas pelos Auxiliares de Enfermagem, que coincidem com esse horário, com momentos de chegada de até 05 pacientes de uma só vez. Logo, também o servidor do Laboratório atua na coleta de sangue. Portanto, um quantitativo elevado de servidores que ocupa esse estreito território, o que leva períodos de tumulto e desorganização no espaço.

Observou-se um ambiente compartilhado por esses servidores de forma confusa para o usuário do serviço de saúde na urgência. Pois, os servidores do laboratório, Auxiliar de Enfermagem e Técnicos de Enfermagem, utilizam o mesmo uniforme, de cor verde, fornecido pelo hospital em todos os plantões. Tanto os pacientes como os acompanhantes, apresentaram dificuldade para identificar qual o servidor que poderia atender a sua necessidade. Nesse caso, quem irá medicá-lo, realizar a coleta de material para o laboratório ou prestar cuidados de enfermagem ao paciente.

Outra observação foi sobre a quantidade de cartazes, avisos e indicações que ficam espalhados pelo setor como: em lavatórios, em bancadas, armários entre outros lugares estratégicos desse lugar. No entanto, um despertava mais atenção, por se tratar de um painel, tipo mural, registrado na Figura 9, localizado acima da bancada para preparo de medicamentos. Esse com vários cartazes de alerta sobre procedimentos corretos e prescrições de trabalho. A maioria indicando recomendações de comportamentos, pautados na melhoria da qualidade da prestação de serviço de saúde, norteados pelas avaliações da JCI.

Figura 9 – Painel de avisos na Sala de medicação



Fonte: Foto registrada pela autora, 12/06/2018.

Um servidor, que realiza plantão extra no setor há alguns meses, relata que as visitas da JCI são orientações para que o hospital alcance as metas para adquirir a acreditação e ser reconhecido como um hospital de atendimento em excelência na saúde. Esse Técnico reconhece que as visitas são educativas e que a maioria dos servidores não compartilha da mesma maneira suas ideias sobre esse contexto.

O hospital né... Ele ser um hospital em excelência. “Olha, o pessoal vai vim aqui visita”. Aí, que coloca a poeira toda pra debaixo do pano, né. Engana... “Oh vão arruma isso aqui. Vamos... Oh, ele vai te perguntar isso, você responde. Ele vai te perguntar aquilo” ..., mas nem tudo que é aquilo que ele tá perguntando. Que é feito, né. [...] Eu estava um dia no PA quando aconteceu essa visita. Completamente... Insignificante. Tipo assim... É... “Gente o pessoal

vai vim”. “Ah, eu nem vô tá aqui na hora”. “Ah, eu num quero nem sabe”. “Ah, num me pergunta nada não”. Num tem a preocupação de envolve, sabe? De procura sabe, pelo menos, assim... Num é educativo. “Deixa eu pelo menos aprender, pra poder ver se falo corretamente. Para ver se estou certa. Porque se eu não tiver, pelo menos eles vão estar me orientar. Qual que é a maneira correta, né. De procede”. [...] Elas estão erradas. Elas não querem. Primeiro. Aceitar que elas estão erradas. Que fazer o procedimento errado. Elas querem acreditar que estão certas e continuar prestando um atendimento de péssima qualidade (TEC-06).

A questão sobre o descarte de lixo apresenta-se como um evento complexo. O curso de Gestão de Resíduo, sobre a orientação da atividade executada no descarte, foi disponibilizado para a maioria dos trabalhadores. No entanto, muitos ainda continuam com a prática em depositar o lixo no recipiente ilícito.

Para os pacientes e acompanhantes, as orientações sobre esse regramento apresentam lacunas, salvo as indicações estampadas nos recipientes, nos rótulos das Figuras 10 e 11, que aconselham o tipo de resíduo que deve ser depositado nas lixeiras, como indicado nas figuras abaixo. Conseqüentemente, praticam o ato de descarte ilícito.

Um depoimento informal de um servidor que recolhia o lixo confirmou essa observação, quando expôs que é constante a troca de recipiente e que sempre encontra, por exemplo: bolsa de sangue no descarte de lixo comum, alimento no de lixo infectante, entre outros eventos da mesma natureza.

É tudo misturado. O pessoal joga bolsa de sangue no lixo que é de resíduo comum. Você pode ir, em todos os lugares aqui no PA, você pode abri os lixos, que tá tudo misturado. Aí, quer dizer. Ninguém pôs em prática nada, o que foi dado nesse curso. Então assim, pelo jeito, num valeu nada. [...] E foi obrigatório. Todo mundo tinha que fazer, esse curso. [...] Não absorveu. Parece que foi uma coisa assim, feita porque tinha que fazer. Esse curso tinha que sê presencial. É com a participação de todo mundo. É, é, debatendo, tirando dúvidas. É completamente diferente você fazer um curso assim, do que um curso online. Às vezes, as pessoas fazem aqui no serviço mesmo, era feito aqui. As vezes correndo, estava cheio de coisa pra fazer. Mal, mal, lia ali. Pulava as videoaulas. Já ia direto nas perguntas. Que dizer. Foi aquela coisa corrida mesmo, porque tinha que fazer. Agora se fosse dado curso presencial. Eu acho que o resultado seria outro (AUX-01).

Figura 10 – Lixeira de resíduo comum com saco de lixo na cor azul



Fonte: EBSEH. Disponível em:

<http://www.ebserh.gov.br/documents/218065/1618805/Adesivo+res%C3%ADduo+comum+lixeria+diferente.png/e19289ca-f573-4e29-9276-0b2c97df0fb1?version=1.0&t=1479402840060>.

Figura 11 – Lixeira de resíduo biológico com saco de lixo na cor branca



Fonte: EBSEH. Disponível em:

<http://www2.ebserh.gov.br/documents/218065/1618805/Adesivo+res%C3%ADduo+biol%C3%B3gico.png/7ff37d7f-383a-4f69-9301-1218775bd6ca?version=1.0&t=1479402838602>.

Essa versão se confirma no discurso de um servidor, que pontuou o mesmo fato em relação aos atos dos colegas de trabalho.

E eu já, depois que eu aprendi eu levo mais a sério mesmo, a questão de descarte. Quando a lixeira é biológica, quando não é. [...] é, mas de vez enquanto a gente pega fora do lugar. De vez enquanto você pega um material sujo de sangue. Descarte de banco de sangue, alguma coisa mesmo no outro lixo. Aí normalmente eu chamo a pessoa e falo assim: oh gente, alguém deixou aqui. Aí a pessoa vem e coloca no lixo. [...] Já estava todo mundo aqui. O curso foi obrigatório sim. Eu acho que é falta de atenção mesmo. [...] Porque descartou no lixo errado e a gente chama: oh gente quem colocou... E aí a pessoa põe a luva e pega (AUX-02).

Esses “enganos” também se processam no descarte de recipientes de medicamentos, como frascos de antibióticos, desprezados após diluição. Na área da medicação existem 02 galões, indicados na Figura 13, com etiquetas de identificação, para o descarte desse material e também uma caixa coletora de material perfurocortante. Nas observações de campo foi verificado que o descarte não segue exatamente o que está na descrição da etiqueta do galão, como demonstrou o que o servidor. Ele ainda narra com certa insistência.

Só desse curso de incêndio. Eu me lembrei também um curso de resíduo que eles deram. Mas foi online. Pra mim num valeu nada. Por que... O pessoal põe tudo errado. Tudo misturado. Eles colocaram uns frascos reciclados. Esse galão de 5 litros. Reciclado de álcool, cortado, colocado etiqueta, pra separa o tipo de frasco que você descarta ali. Mas o pessoal põe tudo misturado. Quer dizer... Ninguém seguiu nada do que deu administrado nesse curso. Agulha também, coloca agulha junto ali. É só frasco de antibiótico, frascos de ampola. Eles colocam agulha ali dentro. É seringa, tudo misturado. Esses frascos de hemocomponente, também. Faz a destinação errada (AUX-01).

Figura 12 – Recipientes para descarte de material hospitalar



Fonte: Foto registrada pela autora, 12/06/2018.

7.2 A atividade real de trabalho dos servidores do PA do HC da UFMG

Como foi apresentado nessa dissertação, na seção “4.4.1 As atribuições dos servidores na legislação e normas institucionais” (p. 64) onde se confere as atribuições segundo a legislação do Cofen, Coren/MG, para investidura de cargos nos concursos da UFMG e da EBSE RH. No entanto, no HC da UFMG existe um Regimento Interno da VDTE, aprovado em 10 de fevereiro de 2010, pelo Conselho Diretor do hospital sobre as atribuições do servidor. No Art. 6º os profissionais de enfermagem lotados no HC estão subordinados técnica e administrativamente a VDTE, bem como a coordenação e supervisão de enfermagem em cada setor no hospital, de acordo com seguintes cargos.

Atribuições do Técnico de Enfermagem do Hospital das Clínicas/UFMG:

Art. 12 - O Técnico de Enfermagem do Hospital das Clínicas/UFMG exerce atividade de nível médio, envolvendo execução, orientação e acompanhamento do trabalho de enfermagem em grau auxiliar, e participação no planejamento da assistência de enfermagem. (2010, p. 11).

Atribuições do Auxiliar de Enfermagem do Hospital das Clínicas/UFMG:

Art. 13 - O Auxiliar de Enfermagem do Hospital das Clínicas/UFMG exerce atividades de nível médio, de natureza repetitiva, envolvendo serviços auxiliares de enfermagem sob supervisão, bem como a participação em nível de execução simples, em processos de tratamento (2010, p. 12).

Ao mesmo tempo, através de comissões gerenciadas pela VDTE houve a produção das ITTs em 2011, com conteúdo sobre as instruções dos procedimentos que norteiam as atividades de enfermagem no âmbito do hospital. Todo o corpo de enfermagem tem o acesso a esse manual de instrução pela rede web interna do HC a "Intranet". *"Que além de ter online, cada setor do hospital tem um livro desse. E fica com a coordenação de enfermagem"*. (AUX-02). No decorrer das próximas subseções, serão pontuados fragmentos, gerenciados pela ITT, relativos aos procedimentos de punção venosa e de protocolos de Hemoterapia, que também estarão disponíveis na seção de Anexos, ao final dessa dissertação.

7.3 A Atividade de trabalho do servidor Auxiliar de Enfermagem

No HC da UFMG para o servidor Auxiliar de Enfermagem, quanto as suas atribuições, há anos tem sofrido adaptações relativas à sua atividade. Principalmente, para acompanhar as mudanças na legislação e nas normas indicadas pelos Conselhos de Enfermagem (Cofen/Coren-MG).

Atualmente, os servidores que ocupam esse cargo, são todos pertencentes ao regimento do RJU. Isso procede, devido ao desvinculamentos dos contratados pela FUNDEP em 2013/2014, que mantinha um quadro significativo de servidores para esse cargo e pelo fato do concurso da EBSERH não apresentar vagas direcionadas para essa função. Esporadicamente são recebidos servidores provenientes da própria UFMG, relativo às vagas remanescentes de concursos anteriores, o último em 2016.

Ainda existem servidores Auxiliares de Enfermagem ocupando a função de técnico no hospital em alguns setores. A maioria dos Auxiliares de Enfermagem possui o certificado de curso de capacitação para o cargo de técnico de enfermagem. Durante algum tempo um servidor Auxiliar de Enfermagem ocupou cargo com as atribuições de técnico e executou a mesma atividade no PA, como foi registrado na sua própria narrativa. Quando foi transferido para o PA, conta que exerceu por alguns meses as atribuições de técnico de enfermagem até a licença médica. Quando retornou desse período, foi alertado de que para o cargo auxiliar de enfermagem a capacitação e atribuições seriam diferentes das que o técnico de enfermagem executava.

Ficava na sala de medicação e no material. Na verdade quando eu vim. Eu vim direto para a assistência que era na observação masculina. Aí eu entrei de licença logo depois. Quando eu voltei, sem ninguém me comunica... Sem ninguém me fala nada. Aí me passaram pra medicação e pro material. Porque, aí falaram: “não você é auxiliar, auxiliar aqui só fica na medicação e no material”. Mas, até então, eu tinha ficado até o final, [...] todo na assistência. Não sei se ninguém percebeu que eu era auxiliar (AUX-04).

A atividade de trabalho do Auxiliar de Enfermagem no HC da UFMG vem ao longo do tempo passando por algumas mudanças no processo de trabalho em relação às tarefas desempenhadas por esses servidores. “O Auxiliar já era do material, da medicação, do transporte e da coleta. Aí com isso, dessa mudança do auxiliar fica com 4 setores, foi durante 5 anos” (AUX-04). “E de repente, acabaram com tudo, né. Tiraram transporte, tiraram coleta, tiraram o material e deixaram somente a medicação” (AUX-05).

Era bem diferente da realidade de hoje, né. Tinha muita sobrecarga de trabalho. Pros auxiliares de enfermagem. Era várias funções que a gente exercia. E era bem sobrecarregado. Coleta, a parte de coleta era do Auxiliar, transporte, material. A gente tinha várias funções e às vezes nem sempre, a gente ficava só naquela função no plantão. Às vezes a gente pegava transporte, material. É, atende paciente chegando e coleta. E sobrecarregava a gente demais. [...] A maioria dos plantões você nunca estava tranquilo (AUX-01).

Medicava o paciente da chegada, que era um número muito grande para uma pessoa só, porque atendia tanto criança quanto adulto. Se você tivesse sozinha no dia, você tinha que buscar o material lá em baixo esterilizado, lavar o material, processar e descer com ele e

ainda assim atender a medicação. Fazer a medicação oral, a medicação venosa, ECG do PA inteiro, ainda cuidar do material se você tivesse na escala sozinha. Porque eram 2 e aí se você tivesse sozinha fazia tudo (AUX-04).

Um primeiro processo de mudança de atribuições veio ser implementado no PA em 2010. O transporte de pacientes, no início da fundação do PA, foi realizado por profissionais do administrativo, sem curso de capacitação. Esses também, contratados pela FUNDEP, que exigia apenas experiência de trabalho, denominados como Maqueiros. *“Na época do Odilon, era feito por Maqueiros. Também foi mais uma coisa que a Coordenação do PA passou pra gente. Que na época do Odilon aqui quem fazia o transporte. Existia a função de maqueiro. Ele só transportava os pacientes” (AUX-05).* Esse serviço, a partir do ano de 1999, foi incumbido para ser realizado pelo Auxiliar de Enfermagem. Posteriormente, foi criado um setor, a Central de Transporte, que passou a concentrar os serviços de deslocamento e fluxo de transporte do paciente internado no hospital.

Em outubro de 2009 houve a implantação da Central de Equipamentos e Transporte contemplando todas as unidades de internação e PA. Esta mudança trouxe vários benefícios. Dentre eles podemos citar a limpeza das geladeiras e equipamentos ao cargo desta equipe. Para dinamizar este processo foram disponibilizados rádios comunicadores para o setor facilitando o atendimento das demandas promovendo a comunicação efetiva entre as equipes (VDTE HC/UFMG, 2014, p. 05).

Um segundo processo de mudança, foi sobre o manuseio do material hospitalar contaminado para a realização da limpeza e desinfecção, além da manipulação de produto químico para esse procedimento. Havia dois ambientes para o servidor, Auxiliar de Enfermagem, executar essa atividade. Um para a higienização e outro para o preparo e esterilização do material. Para o tratamento e reutilização do material no setor foram utilizados métodos de processamento por técnica física, em estufa, e química, em solução enzimática.

Todo material que era encaminhado pro expurgo. A gente tinha que prepara, encaminha pra CME e também buscar material esterilizado pra gente. Isso incluía qualquer material que fosse pro expurgo: comadre, marreco. É... Material que só tinha que fazer desinfecção. Todo material que era encaminhado pro expurgo. A gente tinha a função de prepara (AUX-05).

Nós limpávamos, lavávamos, fazíamos a limpeza inicial e depois de limpo e seco. Esse material, a gente encaminhava para o centro de material esterilizado. [...] Tinha um lugar, que tinha até uma estufa, que a gente deixava as comadres, marrecos. Esse material que a gente usava aqui. Porque, na época, não ia para a esterilização. Lavado. Bem lavado. Passando álcool, colocado numa estufa que existia no setor. Ficava até muito próximo do setor da coleta. Que hoje não tem. A gente não tem mais estufa. [...] Ficamos só pra cuidar dos equipamentos que são usados no PA. Respirador, as bombas de infusão e o resto tirou (AUX-03).

Em 2010, todo o processo de esterilização de material pertencente ao HC foi destinado ao setor da Central de Esterilização de Material (CME) no hospital e realizado pelo servidor desse mesmo departamento. Já no PA esse processo teve início em 2012. Conforme explica o fragmento a seguir.

Em novembro de 2009 a CME passou a assumir novas demandas:

- A limpeza, o preparo e a esterilização e o controle de todos os materiais da área limpa e suja das unidades de internação nas 24 horas do dia;
- Reposição de produtos de saúde como: traqueias, micronebulizadores, macronebulizadores e borrachas/látex;
- Nas unidades de internação e hospital/dia: preparo, esterilização, controle e reposição das borrachas/látex. (março de 2010). Este processo favoreceu o acesso destes itens para o paciente e equipe de enfermagem em quantidade e qualidade adequada;
- Limpeza, preparo e esterilização do material de vídeo cirurgia e material respiratório (agosto de 2011) do CCI. Isso favoreceu a suspensão do uso do produto químico Glutaraldeído, que acarretava prejuízo para a saúde dos trabalhadores, uma vez que, já havia notificações da Vigilância Sanitária Municipal (VISA) em função da inexistência de adequações ambientais para a utilização do mesmo;
- Nas unidades de Terapia Intensiva Adulto (outubro de 2012) e Neonatologia (junho de 2013) a CME. assumiu a limpeza, preparo, esterilização e o controle das borrachas/látex e material respiratório (unidade ventilatória, máscara, traqueia, circuitos de ventilação mecânica). (VDTE/HC/UFMG, 2014, p. 05)

Outra mudança relevante foi no setor de laboratório. No PA, desde 1998, os procedimentos de coleta de material para exames destinado ao laboratório foram delegados para o servidor Auxiliar de Enfermagem. Já em 2012, esse setor, ficou totalmente administrado pela coordenação do Laboratório Central. Com esse acontecimento a coleta de sangue foi “assumida pela equipe do Laboratório Central. Os auxiliares de enfermagem permanecem neste setor para prestar assistência aos pacientes na área de classificação de riscos, consultórios, Eletro Cardiograma - ECG e outras atividades de apoio à assistência” (VDTE HC/UFMG, 2014, p. 05).

Na época, em 1998, em que os servidores Auxiliares de Enfermagem assumiram o serviço de coleta no PA, o posto de coleta de sangue foi instituído por ordem superior. Segundo as narrativas dos próprios servidores, não houve curso de capacitação e ainda, sem instrução de trabalho para os novos responsáveis pela função. O conhecimento e a experiência, de acordo com os relatos, foram adquiridos com a prática, no dia a dia, e com a ajuda de colegas de trabalho mais experientes.

Antes o laboratório vinha colhia o sangue. Depois a... (Coordenação do PA) resolveu que quem ia colhe o sangue dos pacientes era os funcionários daqui, no caso o auxiliar de enfermagem. [...] A gente assim, teve uma pincelada de como funcionava. E no mais. Foi assim... A gente aprendeu por interesse mesmo. De tá correndo atrás com colega. Com a ajuda do colega. De tá vendo muitas vezes colega fazendo errado. Igual no caso da arterial mesmo. (Coleta de sangue em artéria). Sempre se falava que a gente não podia tá puncionando arterial, principalmente em criança, né (AUX-05).

Narram que passaram por dificuldades na execução dessa atividade nas primeiras investidas. Mas que, a aprendizagem, com a observação persistente e o exercício diário, mostrou mais eficiente. “Há história de nossos fracassos, nossos sofrimentos, nossos sucessos, nossos engajamentos com uns e outros, atravessados pelas nossas relações com os valores; e nosso corpo carrega essa história sem que nós a saibamos muito bem. É tudo isso que *faz experiência*” (SCHWARTZ, 2010a, p. 43).

Na verdade, foi aterrorizante, não só pra mim, como pra várias outras pessoas, pela função que a gente até comentava. No início, eu entrava para colher na pediatria, na sala de emergência. Eu saía de lá com a blusa nas costas molhada. Por quê? Porque você não tinha noção, você tinha que fazer o negócio com pouquíssimo que você viu alguém colhendo e fazendo... Realmente... Muito desgastante... Ao extremo. Até que depois de tanto você fazer e melhorando você acaba pegando a prática. [...] O transporte tudo bem porque a gente já tem uma noção. Mas uma coleta, se fazer uma coleta de criança, de adulto. Colher artéria sem nunca ter mexido e ter que aprender na prática com alguém que sabe mais ou menos ou que quer te ensinar. Muito perigoso... Onde não se houve treino pra miguem na coleta. Eu participei de 2 cursos teóricos porque eu fui fora do meu horário de trabalho. É... Você foi colocado num setor sem um treinamento (AUX-04).

Então tinha essa questão da coleta de sangue, o material que a gente também cuidava, os transportes pra exames e Raios-X. Tomografia. O que precisasse tinha que fazer. E a gente cuidava das

medicações dos pacientes. A primeira medicação. Paciente logo que era admitido, éramos nós (AUX-03).

Todas essas mudanças mobilizaram alguns sentimentos nos Auxiliares de Enfermagem. O pertencimento ficou abalado pelas incertezas que restavam após cada mudança. No princípio, em 1996, havia 02 servidores que trabalhavam no setor como auxiliar de enfermagem. Mais adiante, em 1999, houve o aumento de 04 servidores para: coleta de exames laboratoriais; medicação do paciente; processamento de material e transporte de pacientes. Em 2010, o quadro diminuiu de 04 para 02, por plantão. Gradativamente, servidores foram remanejados para outros setores. E para os servidores que permaneceram no setor, novas readaptações, novas *renormalizações*, se faziam necessárias. Aqui um relato do servidor, *segredando* no momento da entrevista, com uma fala de desabafo, quando expões a sua visão sobre esse processo de mudança.

*Aí... A gente ficou perdido... Né? **A gente tá perdido no espaço aqui.** (Grifo da autora). Porque você num tem um espaço físico. Nosso espaço vai sendo tomado. Porque a gente tinha uma sala. A gente tinha um espaço que era só nosso. Era separado. Hoje não. Hoje a gente tem que procura se adequa, né. Ao que tá sendo oferecido (AUX-05).*

Para outros servidores, essas mudanças trouxeram avanços. Porém, para alguns que permaneceram no setor, as modificações promoveram redução das atividades atribuídas aos Auxiliares de Enfermagem.

Agora o trabalho tá dividido, né. Tá dividido em setores. Isso aliviou muito a questão de... De cada um tem uma função. O que não acontecia antes, né. Aí aliviou transporte, tem o setor de transporte. CME, ficou pro pessoal da CME, coleta, Laboratório. Direcionou o serviço. [...] tá mais organizado. Você num tá tão sobrecarregado. Nesse ponto melhorou muito pra gente (AUX-01).

Tinham, reduzido, né. [...] Porque aqui agora a gente é exclusivo da questão de admitir os pacientes. Uma hora ou outra, a gente limpa o material. A sobrecarga é bem menor, né. Eu achei que tá bem melhor. Bem melhor do que estava. Houve a divisão né. Melhor de trabalho. Eu acho que ficou muito bom. (AUX-03)

O Auxiliar de Enfermagem desempenha diversas atividades no setor de medicação no PA. No entanto, a atividade mais executada por esses servidores é a

punção venosa periférica com cateter. Na observação de campo, esse procedimento foi notório nesse setor de serviços, sendo que, a maioria dos pacientes passa por esse evento. Após o questionamento sobre qual é a atividade que mais se reproduz no PA, a maioria dos servidores abordados afirma unanimemente que, é a “punção venosa”. Isso foi confirmado no registro de algumas falas. *“Punção venosa. Uma coisa que você faz toda hora. Toda hora chegando paciente. Os que tão internado. Tem que troca acesso. Acesso perdido. Os que chegam, a maioria, você tem que punciona”* (AUX-01).

Eu acho que o que acontece aqui os técnicos tem experiência também. Mas como a maioria das veias quem pega é o auxiliar, porque ele é quem atende. Dá o primeiro atendimento, então nesse caso é que eu acho que a gente tem mais prática entendeu. Mas os técnicos daqui são muito bons de veia também. (AUX-02).

Olha! A punção venosa. Por quê? A grande parte dos pacientes. Eles precisam de alguma medicação. É... É, é... Intravenosa, independente de ser um antibiótico, medicação pra dor e tudo. [...] Eles são pacientes que dependem mais de algumas medicações. É, é... Intravenosas, diferenciadas, né. Pro alívio da dor ou pra qualquer outra coisa (ENF-01).

O procedimento de punção venosa periférica está bem especificado nas instruções de trabalho da VDTE (2011). Segundo os relatos durante a observação de campo, todos os servidores da enfermagem executam esse procedimento. E quando algum servidor apresenta dificuldade, ele pede ajuda a outro colega. Conforme a verbalização do servidor.

O que tem, normalmente já pede a gente ou pede outro Técnico, né. Mas, dificuldade de nem tentar. Eu não vejo nenhum. [...] Porque aqui tem paciente de veia muito ruim. Tem hora que a gente não consegue mesmo. Aí pede pra um, pra outro, sempre. O que mais acontece aqui é a gente precisar de ajuda (AUX-02)

Quando existe a dificuldade de punção de acesso venoso em pacientes muito debilitados, nesse caso, conforme eles afirmam, o acesso pode ser por outras vias. Por esse motivo, quando Auxiliares e Técnicos de enfermagem apresentam essa dificuldade em realizar o método, fazem a comunicação ao Enfermeiro. Na narrativa dos servidores, somente o Enfermeiro e o Médico, confere capacitação para puncionar veias calibrosas como, a Jugular e a Braquial.

Já teve que pegar jugular. Teve caso até de pegar acesso central. O Enfermeiro, só o Enfermeiro. [...] O acesso central, o Médico. Cirurgião. Outra coisa também que a gente não pode pegar a basílica. Tem que ser o Enfermeiro. Eu sei mesmo por causa das normas. Normas de enfermagem (AUX-02).

Esse mesmo servidor discursa que nas ITTs está especificada sua afirmação, quanto ao procedimento ser reservado ao Enfermeiro. “*Naquele livro mesmo, de que, o que o enfermeiro faz. No Corem mesmo tem esse livro*”. De fato, foi confirmado no parecer nº 08/2013 do Cofen. No entanto, essa afirmativa não foi verificada nas instruções de trabalho. Segue as instruções normatizadas pela VDTE no HC/UFMG.

Descrição da Instrução de Trabalho:

1. Verificar a prescrição do paciente;
2. Higienizar as mãos, conforme NT CCIH 002;
3. Identificar o paciente através da pulseira de identificação;
4. Apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante;
5. Orientar o paciente explicando a necessidade da terapia intravenosa, a ação dos medicamentos e possíveis reações;
6. Avaliar a rede venosa periférica do paciente e escolher o local a ser puncionado, considerando: condições da rede venosa, velocidade, tempo de infusão e tipo de medicamento;
7. Separar e preparar o material;
8. Preparar medicamentos e/ou soroterapia de acordo com a ITT correspondente;
9. Levar a bandeja com os materiais para a unidade do paciente e colocá-la sobre a mesa de cabeceira do paciente;
10. Posicionar o paciente de forma segura e confortável;
11. Higienizar as mãos, conforme NT CCIH 002;
12. Calçar as luvas de procedimento;
13. Garrotear o membro, aproximadamente quatro dedos acima do local escolhido no adulto e dois dedos em neonatal. Não reaplicar o garrote na extremidade onde há pouco foi realizada uma tentativa de punção venosa, pois, um hematoma pode ser formado;
14. Fazer anti-sepsia do local com algodão umedecido com álcool á 70%, em sentido único, por fricção durante 30 segundos;
15. Aguardar o álcool secar por evaporação;
16. Esticar e aplicar tração leve sobre a veia com o polegar da mão não-dominante;
17. Introduzir o cateter com o bisel da agulha voltado para cima, em ângulo de aproximadamente 30° dependendo da localização da veia;
18. Ao perceber presença de sangue no lúmen do cateter, soltar o garrote, retirar o guia, adaptar o extensor e injetar a solução lentamente. Em caso de infiltração, queixa de dor ou fluxo interrompido, retirar o cateter e repetir o procedimento utilizando outro sítio de inserção e outro material, lembrando que múltiplas tentativas sem sucesso causam trauma ao paciente e limitam o acesso vascular. Se o vaso for transfixado e um hematoma se desenvolver, remova imediatamente o cateter e aplique pressão direta sobre o local por três minutos;

19. Fixar o cateter com o esparadrapo ou micropore identificando externamente com data, calibre do cateter e assinatura legível do responsável pela punção;
20. Em caso de terapia venosa intermitente, salinizar ou heparinizar o cateter de acordo com a prescrição e ver ITT correspondente;
21. Em caso de terapia venosa contínua adaptar linha de infusão, controlar a velocidade de infusão e fazer manutenção do acesso conforme ITT cuidados com dispositivos intravasculares;
22. Deixar o paciente seguro, confortável e a unidade em ordem;
23. Desprezar o material usado no expurgo atentando para o descarte do material perfuro cortante no recipiente próprio;
24. Retirar as luvas e higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
25. Registrar no prontuário a data, a hora, o local da punção, o tipo e calibre do cateter, a solução iniciada, o fluxo e se houve dificuldade para puncionar. (VDTE/HC/UFMG, 2011. p. 460-461).

Outra observação no setor sobre os servidores auxiliares configura em uma rotina instituída por eles mesmos. Muitos pacientes, após a consulta médica, recebem uma prescrição médica impressa, uma folha de procedimentos, com horários estipulados para os medicamentos e as rotinas a serem desenvolvidas durante a estadia do paciente no PA do HC. Para a maioria dos pacientes que chegam à admissão, os servidores Auxiliares de Enfermagem executam o procedimento de punção venosa periférica, independentemente se o paciente seria medicado naquele momento.

Um saber da maioria dos servidores entrevistados, com escolhas ancoradas a valores e saberes, “*uso de si*” que se distende pelo “*uso de si por si ou por outros*” e pelos outros que cruzam toda a atividade de trabalho. Para Schwartz, “fazemos todas essas escolhas, engajamos outros com os quais trabalhamos. [...] Essas ‘entidades coletivas relativamente pertinentes’. De certo modo, jamais se trabalha totalmente sozinho” (2010b, p, 191 e 192).

O que mais faz é puncionar veia, porque mesmo quando ele não tem soro, mas tem, por exemplo, um antibiótico que vai correr ou então tá com dor ou vai fazer algum, vai continuar. Se tiver tranquilo e ele tiver antibiótico, aí eu pego um acesso nele. Se não tiver tranquilo e ele tiver acesso, mas não tiver com dor nem vomito que é o meu atendimento. Aí, eu só passo pros Técnicos. Olho se ele tem alergia a alguma medicação e passo pro Técnico (AUX-02).

A maioria dos servidores Auxiliares de Enfermagem se reconhece como agentes ativos na participação e no processo de assistência de enfermagem. Valorizam a importância da experiência compartilhada e o envolvimento coletivo na troca de saberes/valores da atividade de trabalho.

Eu acho que capacidade pra isso a gente tem. Eu considero até modéstia à parte. Em nome dos auxiliares, até melhores em questão de puncionar uma veia. Acho que muito auxiliar aqui dá um banho, um show mesmo. Tem uma experiência muito boa mesmo. Não vejo problema nisso não. Mesmo também... Porque é em questão de formação. A maioria tem curso de técnico, embora o concurso seja de auxiliar, o que não nos respalda o fato de ter o curso de técnico se caso tiver que responder algum processo. Aqui dentro nós somos auxiliares, mas questão de medicação, desde que não sejam essas medicações mais controladas. Só ligar soro, fazer medicação pra dor. Eu não vejo problema nenhum (AUX-02).

Nesse procedimento de admissão de pacientes, também se apresentam outras atividades. Persistem na rotina do Auxiliar de Enfermagem, a administração medicamentosa e o ECG. Que são procedimentos muito solicitados pelos médicos. E ainda, o ECG pode ser pedido pelo Enfermeiro da Classificação de Risco quando esse perceber necessário para avaliar o paciente.

Admissão do paciente. Quando o paciente chega, dá o primeiro atendimento ele. Você vai, você punciona veia, você liga um oxigênio. Você coloca um paciente numa maca, numa poltrona. Arruma um lugar pra pôr o paciente. Punciona, oxigênio, medicação, é... Eletrocardiograma, a gente é que faz, também é... Aí tem a parte de organização dos setores né, trocar caixas. É... Repor álcool. A parte de limpeza de armários, bombas. Organizar expurgo (AUX-01).

O servidor narra que o atendimento requer uma escolha a se fazer. Escolha que é apoiada em valores não dimensionados e em saberes de sua experiência no setor da medicação. O recebimento do paciente, a admissão, geralmente o primeiro contato com a enfermagem é com esses servidores.

Geralmente com dor. Aí, você tem que ser mais agiu. Ter um olhar crítico. Se chega 3 pacientes. Você num vai pega uma ordem de chegada. Vai no paciente que tá mais crítico. O paciente que tá com mais dor. O paciente que tá com o quadro mais grave. Você tem que ter um olhar crítico pra ver quem você vai atender primeiro. Você que vai atende. Às vezes são várias clinicas que atende. Eles te dão três prescrições ali. Aí, quer dizer, você vai ter que ver, avalia ali. Geralmente é a gente. É... É... Qual paciente que tá mais crítico pro você atende primeiro. A gente tem que ter esse alhar, pro paciente. Num é esse que chegou primeiro. Vô atende esse. E nem olha pra quem tá atrás dele. Não. Você vai dá uma avaliada... Não esse aqui tá precisando mais. Esse aqui... Tem uma maca, tem 05 pacientes. Não esse paciente aqui tá mais grave, tá necessitando de leito. Aí você tem que tá atento a essas coisas (AUX-01).

Outra ressalva foi sobre as atribuições e rotina de trabalho para o Auxiliar de Enfermagem. Uma questão colocada pelos mesmos foi a que são diferenciadas em relação aos turnos e plantões. Não foi observado, no campo, algum esquema, cartilha ou registro que os direcionassem para uma rotina escrita, como norma ou regra, para a atuação desses servidores.

Num tem uma rotina, cada um faz da forma que deve ser feito. O que cada plantão é melhor fazer, assim... E eu... Num vejo interesse ninguém. É... Coordenação, supervisão, chefia, nenhum de tá mudando isso. É ignorado. A gente simplesmente é ignorado. Eu me vejo assim... (AUX-05).

Prosseguindo, na observação do setor foi acompanhado o início do plantão, com a troca de turno. Em uma abordagem informal, o Auxiliar de Enfermagem esclarece que a transferência de cuidados somente acontece quando existe um atendimento em andamento, uma admissão de paciente que ainda não foi integralmente efetivada. Ainda pontua que, de acordo com as atividades designadas a esse servidor, algumas, segundo as ITTs, não podem ser executadas por eles. Como já foi descrito acima, após o primeiro atendimento, o paciente é direcionado para o Técnico de Enfermagem. Consequentemente, esse deve prosseguir com a continuidade à assistência, além de efetuar os procedimentos discriminados pela instrução de trabalho para a sua função.

7.3.1 Episódio 01: relato da observação de uma ocorrência na sala de medicação

Durante as notas de campo, observou-se que alguns pacientes que passam pela classificação de Risco, chegam muito debilitados na admissão, sem antes passarem por avaliação médica. No plantão noturno, em uma terça feira, por volta das 21 horas. Nesse dia o PA estava com superlotação e que, havia uma média de 42 pacientes em observação, com muitos ainda sendo medicados em cadeiras comuns. Na sala de medicação foram acompanhados alguns episódios que serão descritos pelo viés da observação de campo no setor. Pontuando aqui, a descrição resguardada quanto à exposição dos fatos, bem como a apresentação dos participantes no evento. Isso se desdobra para os próximos episódios que serão apresentados no percurso escrita, nas próximas subseções.

A Admissão do paciente: no andamento da noite, um idoso foi trazido de cadeira de rodas pelo Enfermeiro. Esse solicitou ao Auxiliar de Enfermagem o procedimento de acesso venoso com urgência. Tratava-se de um paciente que apresentava vômitos intensos, com presença de sangue. Estava muito pálido, bastante gemente, aparentava estar sentindo muita dor.

O Auxiliar de Enfermagem, prontamente, recebeu esse paciente, perguntou-lhe o nome e se apresentava alergia a algum medicamento. Foi observado que o paciente não portava a pulseira de identificação. O servidor tentou tranquilizar o senhor dizendo: *“Eu vou pegar uma veia no senhor, até o médico vir atender”*. Ele então iniciou o procedimento, preparou a bandeja com diversos materiais: algodão, esparadrapo, etc. Calçou as luvas e percebeu que não havia suporte para soro disponível, saiu a procurar pelo setor. Algum instante depois retornou com um suporte colocando ao lado do paciente e posicionou o soro no mesmo.

Iniciou a verificar no braço esquerdo do paciente, a possibilidade de uma veia que pudesse realizar a punção. Colocou um garrote e passou o algodão em algumas regiões do braço. Depois de alguns minutos, relatou ao paciente que havia localizado uma veia e disse: *“vou dar uma picadinha aqui”*. Quando efetuou a punção, o paciente gritou e reagiu puxando o braço com arranco. O servidor dirigiu-se a ele e explicou que sabia do incomodo, mas que seria necessário realizar o procedimento o mais breve possível.

Nesse momento o paciente começou a gemer com mais intensidade, notava-se pelo seu semblante que estava com muita dor. Novamente, outra tentativa. Mas, dessa vez foi percebido que o servidor segurava firmemente o mesmo braço, ao mesmo tempo em que apertava com um algodão o local em que havia perfurado anteriormente. Puncionou o acesso venoso, mesmo com o paciente reagindo novamente, porém ao tenta uma reação o servidor segurou com bastante firmeza o braço do paciente, fixou com esparadrapo e iniciou o soro.

Momentos após, o paciente apresentou um episódio de vômito intenso com sangramento e desfaleceu-se em seguida, não respondendo ao chamado do Auxiliar de Enfermagem. Imediatamente, o servidor solicitou a um colega que avisasse o Enfermeiro e o Médico, para que comparecer no setor. Logo em seguida, por sua própria conta, iniciou oxigenoterapia, pegou outra bandeja e realizou outro procedimento de punção venosa, no braço direito, e iniciou outro soro. Até esse momento, o médico ainda não havia realizado a avaliação do caso do paciente.

Alguns minutos depois, o Médico surgiu e solicitou verbalmente a aplicação algumas medicações por via intravenosa. Alertando que iria fazer a prescrição médica quando possível. O Auxiliar de Enfermagem realizou o pedido de imediato. Observou-se que existem alguns medicamentos que ficam em estoque no armário do setor, mas a maioria dos medicamentos é adquirida na farmácia, localizada no mesmo andar, na Ala Leste.

O Auxiliar de Enfermagem solicitou ao Enfermeiro uma maca para posicionar o paciente. Relatou que ele estava muito debilitado, que poderia ficar a noite toda em observação e que na cadeira de rodas não haveria conforto para o mesmo. O Enfermeiro verbalizou que seria impossível atender a esse pedido, justificando que o PA estava lotado naquele momento e sem possibilidades de transferências de pacientes. Com semblante de frustração, o servidor explicou para o acompanhante do paciente suas tentativas, sem sucesso, de resolver aquela situação.

Momentos depois o Médico apresentou a prescrição, orientou a necessidade de deitar o paciente, solicitando outras medicações. O Auxiliar de Enfermagem efetuou a checagem das medicações que administrou, fez a placa de identificação do paciente e a transferência de cuidados de enfermagem para o Técnico de Enfermagem. Após 02 horas, o paciente foi alocado em uma maca no Corredor.

Porque ele entra na porta. Muitas vezes, o médico trás ele, te pede uma medicação verbal sem tá prescrito: “punciona uma veia aqui pra mim e liga um soro que eu vou fazer a prescrição” (Médico). E não te falam nada, você nem viu, você vai fazer por ordem verbal (TEC-03).

7.3.2 Episódio 02: relato da admissão do paciente pelo Auxiliar de Enfermagem

O primeiro relato é um depoimento do servidor Auxiliar de Enfermagem (AUX-05) do plantão diurno, sobre a sua atuação na admissão de um paciente grave. Suas falas serão destacadas em negrito no percurso da escrita.

No seu depoimento, ele relata que um paciente foi recebido na sala de medicação e se apresentava bastante debilitado. Ao observa-lo, o Auxiliar de Enfermagem percebeu que ele estava muito pálido. Nesse instante, o Médico solicitou um exame de eletrocardiograma, com certa urgência. No entanto, conforme narrado pelo servidor, verificou a necessidade de outro procedimento antecedente

ao ECG. **“Aí, eu falei assim: acho que primeiramente ele precisa de ir para o oxigênio”**.

O Médico concordou com sua afirmativa e pediu que realizasse a oxigenoterapia no paciente. No entanto, insistiu com o pedido do exame de ECG. E ainda, o alertou que esse deveria ser efetivado com o paciente deitado em uma maca. **“Aí, eu coloquei o oxigênio. Aí, ele falou assim: eu não quero o eletro dele sentado”**. A maca para realizar o ECG estava localizada no consultório 03 e estava vazia naquele momento. O servidor encaminhou a paciente para o local e quando foi deslocá-la para a maca. A paciente sentiu um desfalecimento do diante do servidor. **“Chegando na maca de eletro, eu fui passar o paciente. O paciente praticamente teve uma síncope”**. Logo, o servidor teve a atitude de realizar o procedimento de punção venosa, sem a ordem verbal do médico. **“Não, primeiro eu vou puncionar um acesso, porque esse paciente não tá bem”**. Ele relata que se tratava de um paciente de cuidados paliativos. Mas, que independente do quadro de enfermidade do paciente, a sua conduta de tratamento seria atender com os cuidados de enfermagem. **“Mas a minha obrigação era atender o paciente enquanto paciente”**.

Em seguida relatou para o médico o ocorrido com o paciente, afirmando que o estado do mesmo estava preocupante e que julgou importante manter um acesso venoso no paciente e com isso realizou esse procedimento.

Aí coloquei, puncionei... Falei. Você quer o quê de soro pra ele: “ah, eu vou deixar um soro aí só para manter”. Aí deixou o soro pra manter, fiz o eletro, passei o eletro pra ele e falei: o paciente não tá bem. Inclusive eu e um outro colega falamos pra ele: “o paciente não tá bem” (AUX-05).

O servidor enfatiza que manteve o paciente ocupando a maca que seria exclusiva para o procedimento do exame de ECG. Pois, não havia condições de removê-la desse local, devido o agravo do quadro que se encontrava. Explica que se retirasse o paciente de lá, não haveria outra maca disponível, evitando assim, o retorno do mesmo para a cadeira.

Porque ele não teve condições mais de voltar para a cadeira de rodas, já. Já não tinha mais essa condição. [...] Avisei a Enfermeiro que ia deixar o paciente na maca de eletro porque

ele não tinha condições físicas, nenhuma, de voltar para a cadeira de rodas (AUX-05).

Declara o servidor que após todos os procedimentos possíveis, manteve o paciente no consultório, onde permaneceu até surgir uma maca disponível. Algumas horas depois, foi realocado em uma maca no Corredor e mais tarde foi transferido para a UDC. **“Tiramos ele para liberar a maca de eletro. [...] Passamos ele para uma maca que tem aqui fora. No final da tarde, ele continuou grave e ele foi para observação (UDC) e faleceu na quarta-feira”.**

7.3.3 Episódio 03: relato da alta do paciente pelo Auxiliar de Enfermagem

O segundo relato é um depoimento de um servidor Auxiliar de Enfermagem (AUX-01) do plantão diurno. O relato é sobre a sua atuação na alta hospitalar de um paciente. Suas falas serão destacadas em negrito no percurso da escrita.

Em seu depoimento, relata que o paciente se apresentou na sala de medicação, com o papel de alta hospitalar assinado pelo Médico. **“Aí, eu percebi que ele estava pálido... Sudorético...”**. Coloca que, logo sentou o paciente e aferiu os dados vitais do mesmo. **“Olhei a pressão dele. Ele estava hipotenso”**. Em seguida, narra que acionou o Médico que havia efetivado a alta hospitalar, e que ele não veio de imediato. **“Aí chamei o Médico de novo”**. Relata que declarou para ele, que havia observado que o paciente não estava apto a deixar o hospital naquele momento. **“Falei: Doutor, esse paciente não tá bem. Você podia reavaliar ele. Que ele não tá se sentindo bem”**, O servidor declara que o Médico não acreditou na sua narrativa. **“Ah, mas eu já dei alta”**. (Médico).

Ele expôs que voltou novamente acionando o Médico, insistindo que fosse realizar a avaliação do paciente e quando aproximou do doente, esse desfaleceu após um episódio de vômito intenso. **“Aí ele foi lá... O paciente começou a desmaiar. Vomitou sangue puro”**. Segundo ele, imediatamente colocou o paciente em uma maca e iniciou o procedimento de punção venosa, iniciando soroterapia em dois acessos que puncionou, sem o aval médico. Ele enfatiza, **“isso sem o médico fala nada...”**.

O servidor discorreu que o médico ficou abalado com a situação e buscou ajuda de outro profissional. E enquanto isso... Tomou a decisão de iniciar outros procedimentos de urgência, que no seu julgamento, seriam necessários no

momento. Acionou um colega que estava próximo para o auxílio com os procedimentos.

Nós! Eu e mais um colega meu, que estava ali na admissão, da enfermagem... Técnico. [...] Vamos pega uma maca, vamos deita paciente, vamos liga um O2 e o outro foi lá buscou o carrinho de parada (em outro setor do PA) e foi aquela correria... (AUX-01)

O servidor ressalta que foi um momento muito intenso e que já havia passado por situações semelhantes na sala de medicação. Porém, um evento daquela natureza, o fez ficar perplexo, pelo fato de o paciente estar com a alta hospitalar emitida pelo médico. ***“Isso, um paciente que já estava de alta”***. E persistiu no discurso sobre as providências que havia tomado.

Nisso, nos colocamos esse paciente na maca, puncionamos dois acessos, já ligamos soro, oxigênio. E o paciente, vomitando... Vomitando. E, corremos com o carrinho de parada. A paciente entra em PCR (parada cardiorrespiratória). Pegamos o carrinho de parada (AUX-01)

Relatou que tudo aconteceu muito rápido e que foi uma cena difícil de vivenciar. Falou que o Médico veio em seguida e iniciou o gerenciamento do atendimento, mas que, praticamente tudo que poderia ser feito com esmero, em nível de cuidado de enfermagem, já havia sido efetivado. Ressaltou que mesmo com sua agilidade, para dar conta da daquela situação, o paciente não resistiu e veio a falecer. Para o servidor não houve tempo para a transferência do paciente e ali mesmo, naquele setor, adveio o óbito. E, desabafa, dizendo: ***“o Médico tentou reanimar o paciente e tudo... Ficou ali... Quase uma hora, em cima do paciente. E vomitando... Sangue, sangue, sangue... Até o paciente ir a óbito” (AUX-01)***.

7.4 A Atividade de trabalho do servidor Técnico de Enfermagem

No HC da UFMG o quantitativo de servidores Técnicos de Enfermagem, segundo o discurso da própria equipe, sempre esteve em déficit no quadro de funcionários. Para eles essa situação crônica acontece há anos e ainda, mesmo após a entrada da EBSERH, continua essa condição, como o maior desafio para sua gestão.

Atualmente a reposição no déficit da escala desses servidores, no PA, vem sendo ajustada por servidores JRU que fazem Adicional de Plantão Hospitalar (APH). Essa é uma modalidade de horas adicionais de trabalho realizadas por plantão de 12 horas. Trata-se de um programa do governo criado em 2009, destinado à reposição do quantitativo deficitário de funcionários. A princípio, disponibilizado para os médicos e posteriormente para os técnicos administrativos em educação do hospital.

A proposta do MEC de cobertura de plantões por professores e médicos concursados, através do Adicional de Plantão Hospitalar (APH), aprovada pelo Decreto nº 6863 de 28 de maio de 2009, cuja fonte de recursos é o MEC, foi uma solução apenas paliativa, considerando o número restrito de profissionais que podem se candidatar a esta modalidade de remuneração (UFMG/ OF.DIR-HC 2012, p.14).

Anteriormente, em 2009, a reposição para o déficit na escala de enfermagem, realizava-se através de Bolsa de Extensão. Outra modalidade de reposição de escala, com servidores da UFMG. Como relata a servidora: *“a bolsa de extensão, era uma bolsa que eles pagavam e o funcionário cumpria 10 plantões para ganha um valor”* (AUX-01).

No período da pesquisa de campo, a escala de plantão de servidores no setor de medicação/observação variava entre os plantões, dia da semana e quantitativo de pacientes lotados na Medicação, nos Consultórios e no Corredor. Aproximadamente de 04 a 06 Técnicos por plantão, sempre alterando de 01 a 02 servidores de reposição com a APH.

As atividades de trabalho desempenhadas pelos Técnicos de Enfermagem, em sua maioria, são voltadas, exclusivamente, para os cuidados e observação de enfermagem para com os pacientes. Observou-se que após o paciente receber os primeiros atendimentos efetuados pelos Auxiliares de Enfermagem, esses realizavam a transferência do cuidado de enfermagem para os Técnicos de Enfermagem, quando esses últimos assumiam a responsabilidade do cuidado integral do paciente.

A partir do momento que ele passa pelo médico. Aí o médico encaminha ele, pro o Auxiliar de Enfermagem, que faz o primeiro atendimento. Esse atendimento é... Faz as medicações que o médico prescreve naquele momento. E punctionado acesso, essas coisas. Aí depois, ele passa, ele pro Técnico de Enfermagem que vai manter a

assistência nesse período de internação dele. Durante o tempo que ele permanecer no Corredor (ENF-01).

Nos relatos dos Técnicos de Enfermagem, ficou ressaltada que a atividade de trabalho de maior frequência é a execução do procedimento de administração medicamentosa, com horário e protocolos bastantes definidos.

Da enfermagem. Do Técnico é a observação do paciente, medicação, cuidados, higienização. É esse que é o cuidado do Técnico. Tem bastante antibiótico e muita medicação pra dor. Devido o tipo de paciente que é atendido aqui no hospital. São pacientes com doenças crônicas. Muita medicação venosa (TEC-04).

No princípio das reformas, o evento da superlotação de paciente cominado ao déficit na escala de servidores da enfermagem, principalmente, no setor de observação do paciente na Ala Norte, afetava todo o processo de trabalho dos servidores. Principalmente na questão de manter as padronizações relativas à atividade de trabalho de administração de medicamentos. Contexto confirmado na fala do servidor.

Aí todo mundo ia pro corredor. Aí... Era ilimitado. Era o tanto que entrasse. Num tinha um... Num exigia um tanto, não tinha um tanto. Não parava. Enquanto tivesse gente, ia entrando e admitindo e só ia acomodando no corredor. 30, 32... Dentro e fora. Os que estava ali dentro da observação e os que não cabia, vinha pro corredor. Era um supervisor pro setor inteiro, às vezes dois. Era as observações masculino e feminina, a pedi e a sala de urgência. [...] Não tem como você dá a medicação do horário. Então o quê que a gente estabelecia. Passava a medicação de 20 e 21 e 22, tudo junto, todos os remédios que a pessoa tivesse, dentro desse horário de uma vez só. Passava de meia noite e quando voltava do descanso passava de 4 horas você passava a das 4, das 5 e das 6 (TEC-03).

Além dessa atividade, também foi observado, que outros procedimentos são frequentes na lógica dos cuidados de enfermagem. “A nossa rotina é medicamentosa, né. Administração de medicação. E os banhos que alguns demandam, né. Que é uma dependência... Maior (TEC-01).” “Prepara a medicação, os cuidados dos pacientes. Troca às fraldas... Troca os soros, faz eletro (TEC-03).” O encaminhamento para o banho de aspersão, assim como o banho de leito em pacientes mais debilitados, foi igualmente verificado. Já a higienização, com troca de fralda, são procedimentos de cuidados continuados e se reproduziram por várias

vezes, principalmente, no plantão noturno. Já que, a maioria dos banhos é realizada no período diurno.

As instruções de trabalho da VTDE normatizam os horários de administração de medicamentos dentro da instituição. Essa padronização é seguida após a primeira administração do medicamento, quando então, serão adequados os horários para estimar a administração ao longo do dia. No PA do HC, o Técnico de Enfermagem, assim que recebe a prescrição médica, realiza o aprazamento das medicações, segundo orientações das ITTs. São discriminados de acordo com os horários a seguir.

Aprazamento da prescrição para o paciente

Descrição da Instrução de Trabalho:

3. Seguir o horário padrão definido pela instituição quando possível
 - 3.1 4 em 4 horas: 10, 14, 18, 22, 02, 06 ou 12, 16, 20, 24, 04, 08;
 - 3.2 6 em 6 horas: 12, 18, 24, 06;
 - 3.3 8 em 8 horas: 14, 22, 06 ou 16, 24, 08;
 - 3.4 12 em 12 horas: 12, 24 ou 18, 06 ou 20, 08;
- (VDTE/HC/UFMG, 2011, p. 420).

Na verbalização do servidor, no contexto atual, para a administração de medicamentos no setor de observação do paciente no PA, houve melhora na questão de adotar essa padronização. Ele compara com a realidade anterior, quando declarou que: havia desfalque na escala de servidores e o quantitativo de pacientes sobrecarregava o Técnico de Enfermagem.

Lá num... Aí não precisa mais, essa questão de você ficar juntando. Dá pra você fazer mais ou menos dentro do horário que é da medicação. Dá pra você ir prestar um cuidado melhor. Agora lá têm as macas as poltronas. E dar um cuidado melhor (TEC-03).

Os Técnicos de enfermagem, do plantão diurno, utilizam uma estratégia de registro para seguir a normatização do horário de administração dos medicamentos. Notou-se, que cada servidor, ao assumir os cuidados de enfermagem dos seus pacientes, arquiteta um esquema próprio de planilha, com os horários da medicação de acordo com a prescrição médica. Na medida em que administravam os medicamentos, efetuavam a checagem da medicação nessa mesma planilha. Posteriormente, após conferência, anotavam na prescrição médica. Eles nomeiam esse estratagema de “Passômetro”.

Já os servidores do plantão noturno, realizam a checagem, diretamente na prescrição. Na fala do servidor, há alguns anos, não necessitam dessa estratégia. Ele justifica que, houve uma época em acontecia muito desvio de prescrições no setor. Ressalta que, esse fato procedia devido ao recolhimento das prescrições pelos médicos para efetuar modificações e quando o paciente realizava exames em outro setor, levando o prontuário completo. Ele aponta que depois da instalação do sistema atual de software, houve a diminuição considerável desses eventos.

Como eu fazia... Igual quando a gente entrou... Você tira Passômetro de 15 pacientes. Passômetro... Você tira a medicação dos 15 pacientes pra noite inteira. Aí tem o horário de 20, 22, 24 de acordo com o horário da medicação (TEC-03).

Igualmente, foi acompanhado um início de plantão no período da manhã. A passagem de plantão, também é uma rotina de trabalho dos servidores. Quando, os Técnicos de Enfermagem do plantão noturno repassam os informes sobre os pacientes para colegas do plantão diurno. Essa ocorrência envolve a transferência das responsabilidades assistenciais dos pacientes, assim como, a continuidade dos processos de trabalho.

As verbalizações aconteceram dentro do posto de enfermagem. O primeiro Técnico de Enfermagem que chegou ao setor recebeu transmissão das informações dos pacientes e registrou as anotações, como um *checklist* dos pacientes, em folha comum. Notou-se que as informações relevantes eram pontuadas sobre os pacientes que estavam mais debilitados e que exigiam mais atenção por parte da equipe. Esse procedimento também é nomeado como Passômetro.

Posteriormente, ao investigar sobre o fato de o servidor receber a transferência de cuidados, sem a presença de outro colega, ele esclareceu que, na sua perspectiva, o objetivo seria o de agilizar a liberação da equipe noturna. Conseqüentemente, explicou que, aquelas anotações exerciam grande importância na função de repassar para os próximos, Técnicos de Enfermagem, as informações mais relevantes sobre os pacientes, beneficiando a qualidade da assistência de enfermagem nas próximas horas.

7.4.1 Administração de hemocomponente: uma prática realizada no PA

O PA do HC recebe uma grande quantidade de pacientes que necessitam da infusão de hemoderivados, a maioria deles em tratamento nos ambulatórios do HC. Esses pacientes, muitas das vezes, após a consulta, são encaminhados pelos médicos ao PA. Conforme descrito pelos servidores: *“Eles encaminham os pacientes deles, a maioria deles pra cá, porque tem muita transfusão sanguínea, são os pacientes mais lábeis, assim eles desestabilizam mais rápido”* (ENF-02). *Alguns pacientes que vem lá do ambulatório... Lá. Que passa pela consulta e após avaliação, grande parte dele vem. Vem só pra toma hemotransfusão e após a hemotransfusão, ter alta para residência.* (TEC-04).

Geralmente o serviço de hematologia atende um grande número de pacientes no ambulatório em dois dias específicos na semana. *“Nas terças, quartas que são os ambulatórios da hematologia. A gente tem uma demanda maior”* (ENF-01). Foram observadas no campo de pesquisa essas perspectivas, que os dias da semana que aumenta a quantidade em fluxo de pacientes recebido no PA. *“Quinta e sexta, é mais tranquilo. Já não têm esses dois ambulatórios maiores e... Eu não sei sabe. Assim... O que tem de externo, mas esses dois dias a terça e quarta, são os dois dias chega gente”* (ENF-02).

Os pacientes de síndrome neoplásica, mieloplásica. Eles são pacientes que vem, muitas vezes, pra transfusão de sangue mesmo e a gente não tem nenhum discriminador para direcionar. Mas a gente consegue encaixa-lo dentro da doença mesmo. Da mielodisplasia que é uma imunossupressão. E aí, a gente consegue entrar geralmente com as queixas, hoje que ele tem de mal estar. E a gente consegue fazer um fluxo pra ele (ENF-01).

Rotina, rotina. É muito difícil o plantão que não tem hemoderivados. O paciente vem do ambulatório e da consulta mesmo, vem pra cá, pra poder... Toma Hemotransfusão. Já tem aqueles, que já é... Que às vezes de casa. Tem já os pacientes, tipo fixo (TEC-03).

No PA do HC, geralmente, a atividade de administrar hemoderivados é conferida ao Técnico de Enfermagem. Ao Auxiliar de Enfermagem, cabe apenas o transporte dos hemoderivados. De acordo com alguns relatos, esse procedimento é realizado pelo Enfermeiro em outros setores do hospital. Diferente do que foi observado no PA e relatado pelos servidores. *O Enfermeiro só confere a bolsa, o*

número da bolsa, o registro. Faz a conferência junto com o Técnico. Mas, o Técnico que administra. Inicia a transfusão. Olha os dados. Tudo fica por conta do Técnico (AXU-04). “Nos andares quem liga é o enfermeiro. Aqui no PA é o próprio Técnico é que liga. Porque pelas ITTs o enfermeiro tem que ligar e ficar próximo por 10 minutos” (TEC-03).

Um servidor expressou sobre uma regra. Em seu entendimento, como esse procedimento deveria ser realizado no PA do HC.

O enfermeiro confere junto com o Técnico, ou 2 Técnicos conferem junto. Que pode pelas ITTs. Pelas ITTs, tem que ser 2 Técnicos conferindo ou o Enfermeiro com mais 1 e aí, o Técnico liga. Não sei se pelas ITTs o Técnico poderia. Eu acho que pelo hospital, pra cima aí, quem liga é o Enfermeiro (AUX-02).

Outro servidor expressa como deveria ser o procedimento.

Porque na verdade, se não me engano, pelo Coren isso é restrito ao enfermeiro. Mas os enfermeiros do PA alegam que eles não têm condição de fazer porque a demanda é muito grande. Então eles fazem essa conferência com o Técnico. Tipo... Delegando ao Técnico, que vai lá fazer. Que eles tão acompanhando, que eles já olharam (TEC-03).

Nas normas técnicas das ITTs de 2011, abalizadas pela VDTE a TER 06.0 – Hemotransfusão (VDTE/HC/UFMG, 2011, p. 488 a 496), classifica o guia de procedimentos a serem realizados como conduta do Enfermeiro, Técnico e Auxiliar de Enfermagem.

- **TER 06.1:** Transporte Interno de bolsas de hemocomponentes para administração (p. 488);
- **TER 06.2:** Administração de hemocomponentes (p. 490);
- **TER 06.3:** Conduas de enfermagem em caso de reação ou incidente transfusional. (p. 494);
- **2º** - Em setembro/2010 a VDTE determinou a dupla checagem antes da administração e a permanência do Enfermeiro nos primeiros 10 minutos da administração. (p. 491).

A Resolução Cofen nº 0306/2006 institui a normatização da atuação do enfermeiro em hemoterapia e a Resolução de nº 511/2016 incluiu as normas para o técnico de enfermagem. O Cofen publicou a norma técnica para estabelecer as diretrizes da atuação dos profissionais da saúde quanto aos procedimentos de

hemoterapia na assistência de enfermagem com a finalidade de estabelecer a segurança das transfusões de sangue.

No PA do HC os profissionais servidores da enfermagem devem contar com um quadro de pessoas qualificadas, que permita atender à demanda de atenção e aos requisitos dessas normatizações em Hemoterapia. Segundo o Cofen a equipe de enfermagem em Hemoterapia é formada por Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem que executam o serviço de acordo com as suas atribuições em conformidade com o disposto em legislação específica – a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, e o Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987, que regulamentam o exercício da enfermagem em todo País.

A Hemoterapia é considerada uma terapia de alta complexidade, de acordo com o Cofen “é vedada aos Auxiliares de Enfermagem a execução de ações relacionadas à Hemoterapia podendo, no entanto, executar cuidados de higiene e conforto ao paciente” (COFEN, 2016), (Anexo G). Por se tratar de um procedimento de alta complexidade e de acordo com o servidor, esse procedimento só é realizado em Belo Horizonte em unidades de atendimento de Atenção Terciária ou Quaternária, restringindo-se as UPAs de prestar esse serviço, devido a diversas reações que podem acometer o paciente durante esse procedimento.

Existe uma pactuação da PBH com os hospitais. Hoje em dia não se faz hemotransfusão de, é... Nenhum tipo de transfusão em unidade de PA, né. Teve uma mudança nesse perfil. Hoje a transfusão nem é mais chamada transfusão. É considerada um transplante. E por essa, é... É... Esse levantamento da importância disso e pelos efeitos colaterais, as reações adversas. [...] É que o paciente pode ter. Não se faz mais em unidade de PA da rede de PBH, independente de qual o motivo que o paciente ser transfundido. Ele não é mais transfundido na rede de urgência de Belo Horizonte. E nós somos referência da rede (ENF-01)

Somente os Técnicos de Enfermagem podem participar do procedimento de Hemoterapia de acordo com as resoluções e sempre sob a supervisão e orientação do Enfermeiro. Segundo o servidor, essa atividade no PA do HC é realizada, a maioria das vezes, pelo servidor Técnico de Enfermagem.

Hemotransfusão dá bastante aqui. [...] Anteriormente aqui no PA, era responsabilidade do Técnico fazer essas transfusões. Hoje em dia é compartilhado com enfermeiro. [...] Alguns hemotransfusão o enfermeiro liga ou então, se tem sobre carga de serviço. Após

conferência do enfermeiro da bolsa de sangue, tudo ok, nome correto do paciente, tipo de sangue. Aí, no caso o Técnico faz o... Liga a hemotransfusão (TEC-04).

Espera-se que o Enfermeiro apresente um saber de competência, com conhecimentos adequados para as complexidades técnicas. Ele tem amparo na Lei para executar decisões imediatas frente às reações e os impedimentos que possam emergir nos procedimentos de Hemotransfusão executados no hospital. Esses exigem conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomada de decisões imediatas. Conforme especificado na seção “4.4.1 As atribuições dos servidores na legislação e normas institucionais” (p. 64) sobre a norma técnica para atuação dos enfermeiros e técnicos de enfermagem em hemoterapia no Anexo G, dessa dissertação. Segundo o Ministério da Saúde:

A transfusão de sangue e hemocomponentes é uma tecnologia relevante na terapêutica moderna. Usada de forma adequada em condições de morbidade ou mortalidade significativa, não sendo prevenida ou controlada efetivamente de outra maneira, pode salvar vidas e melhorar a saúde dos pacientes. Porém, assim como outras intervenções terapêuticas, pode levar a complicações agudas ou tardias, como o risco de transmissão de agentes infecciosos entre outras complicações clínicas. (BRASIL, 2010c, p. 11).

É um procedimento de alta complexidade que envolve toda uma equipe de profissionais na produção, transporte e administração. Sendo esse um dos mais apresentados no PA do HC, devido a grande quantidade de pacientes que procuram e ao mesmo tempo, são encaminhados de outras unidades para o atendimento desse serviço no hospital da UFMG.

Por ser um procedimento de extrema especificidade, só realizável mediante a todo um protocolo que envolve desde a prescrição médica até a administração pelo corpo de enfermagem. Os pacientes que recebem hemoderivados podem apresentar diversas reações orgânicas que exigiram uma intervenção imediata de toda a equipe. Para o profissional que executa tal procedimento é necessário uma atenção elaborada no sentido de detectar eventos que possam sugerir com tais reações. “A reação transfusional é, portanto, toda e qualquer intercorrência que ocorra como consequência da transfusão sanguínea, durante ou após a sua administração” (BRASIL, 2010c, p. 109).

A transfusão é um evento irreversível que acarreta benefícios e riscos potenciais ao receptor. Apesar da indicação precisa e administração correta, reações às transfusões podem ocorrer. Portanto, é importante que todos profissionais envolvidos na prescrição e administração de hemocomponentes estejam capacitados a prontamente identificar e utilizar estratégias adequadas para resolução e prevenção de novos episódios de reação transfusional. A ocorrência destas reações está associada a diferentes causas, dentre as quais fatores de responsabilidade da equipe hospitalar como erros de identificação de pacientes, amostras ou produtos, utilização de insumos inadequados (equipo, bolsa, etc.), fatores relacionados ao receptor e/ou doador como existência de anticorpos irregulares não detectados em testes pré-transfusionais de rotina (BRASIL, 2010c, p. 109).

Segundo o relato do servidor existe um protocolo para o registro da administração. *“A gente tem a folha, o mapa transfusional. No mapa transfusional tem os dados do paciente, os dados da bolsa e você assina. O enfermeiro assina. Ele assina como ele conferiu a bolsa. Como ele acompanhou a infusão”* (TEC-03).

A resolução Cofen nº 0306/2006 institui a normatização da atuação do enfermeiro em hemoterapia. O Cofen (Resolução 511/2016) publicou a Norma Técnica para estabelecer as diretrizes da atuação dos profissionais da saúde quanto aos procedimentos de hemoterapia na assistência de enfermagem a fim de estabelecer a segurança das transfusões de sangue.

Compete ao Técnico de Enfermagem:

1. Cumprir a prescrição efetuada pelo Enfermeiro;
 2. Aferir sinais vitais no pré, intra e pós-procedimento transfusional;
 3. Observar e comunicar ao Enfermeiro qualquer intercorrência;
 4. Monitorar rigorosamente o gotejamento do sangue ou hemoderivado;
 5. Proceder ao registro das ações efetuadas, no prontuário do paciente, de forma clara, precisa e pontual;
 6. Participar de treinamentos e programas de educação permanente.
- (COFEN, 2016)

7.5 Setor de urgência no PA: Consultórios, Corredor e Superlotação

Como foi discorrido no capítulo “5.4 As reformas estruturais no PA do HC de 2007 a 2014” (p. 96) nessa dissertação, durante o processo de reestauração da área física na Ala Norte do PA, ou seja, a terceira etapa de reforma, significou também, uma época em que foi se instituindo a Observação de pacientes em outros ambientes. Esse acontecimento desdobrou-se na ocupação de todos os espaços possíveis da Ala Sul do PA, gerando a superlotação do espaço. Conforme pontua o autor, esse marcador nos serviços de emergência e urgência nos hospitais.

É um fenômeno mundial, caracteriza-se por: todos os leitos do SEH ocupados; pacientes acamados nos corredores; tempo de espera para atendimento acima de uma hora; alta tensão na equipe assistencial; grande pressão para novos atendimentos. Indica, em última instância, baixo desempenho do sistema de saúde, como um todo, do hospital em particular, e induz à baixa qualidade assistencial (BITTENCOURT, 2010, p. 92).

Principalmente, no que se refere à acomodação dos pacientes. Na análise dos fatores que contribuíram para essa passagem, concluiu-se que foi uma ação necessária, mas que ao mesmo tempo, foi forçosa, lenta e velada. Acontecimentos dessa natureza podem comprometer a qualidade na assistência e nos cuidados de enfermagem.

7.5.1 Normatizações nos Consultórios

Durante o processo da terceira reforma no PA do HC, vinham sendo instituídos nos consultórios a hospedagem de pacientes, por força da demanda de espera que ultrapassava o tempo previsto de permanência de 24 horas de observação. Pois, os pacientes ficavam aguardando por dias uma transferência por via da Central de Leitos ou uma vaga de leito nos andares no HC, e ainda, o remanejamento para UDC na Ala Norte do PA.

Era consultório pra consulta. Só que agora virou enfermaria. [...] Eu acredito que seja a demanda, né. A demanda foi aumentando e chegou um o momento que necessitava de uma maca, né. [...] Hoje parece que tem 2 consultórios funcionando e o resto, fica pacientes. E tem esse limite, vai chegando e vai colocando. Não existe um limite. Onde que era corredor que o paciente tinha que passar acaba permanecendo (TEC-05).

Na Ala Norte no PA, em frente à UDC, verificou-se que existe uma sala com ambiente reservado, exclusiva para executar procedimentos específicos e mais invasivos, de acordo com a necessidade dos pacientes Na Ala Sul do PA, no período da coleta de dados, os consultórios apresentavam a seguinte disposição:

- Consultório 01*⁷⁰: 02 macas e 1 banheiro com chuveiro;
- Consultório 02*: sala de secretaria, prescrição médica e 03 computadores;
- Consultório 03**⁷¹: 01 maca e aparelho de ECG;

⁷⁰ *(Sem janela, com ar condicionado)

⁷¹ **(Com janela, sem ar condicionado)

- Consultório 04**: consulta médica com 01 maca e 02 computadores;
- Consultório 05*: 02 macas e 01 banheiro;
- Consultório 06*: 02 macas e 01 banheiro.

No entanto, com a demanda de entrada, o fluxo moroso dos pacientes e a Superlotação no PA, a quantidade de macas fora consultórios, foi permanecendo insignificante para acomodar os pacientes acamados e os mais debilitados, esses que demandavam cuidados específicos de enfermagem. Anteriormente a total ocupação, o uso dos consultórios estava privado ao atendimento do médico. Em cada consultório permanecia alocado apenas uma maca para o atendimento médico. No princípio, os servidores começaram a fazer uso do espaço, quando necessitavam realizar algum procedimento no paciente que exigisse especificidades de caráter privativo.

A ocupação dos consultórios foi gradativamente sendo instituída há alguns anos. Anteriormente, haviam 06 consultórios destinados, apenas, para o atendimento clínico e a avaliação das demais especialidades clínica/cirúrgica na urgência do hospital. Um dos consultórios foi reservado com a função de realizar exame de eletrocardiograma e atendimento médico, simultaneamente. Conforme declaro o servidor, esses usos se fizeram necessários.

Porque a maca é somente para fazer o eletro e o setor estava superlotado e não teve nenhuma outra disponível. Se eu ainda tiver a opção da maca de eletro, eu vou atender na maca de eletro. Se eu tiver opção que usar a maca de parada, eu vou usar a maca de parada. Se eu não tiver nenhuma opção, vou atender na cadeira de rodas (AUX-04).

Em notas de conversas informais, ficou compreendido que a ocupação, de início, foi nos consultórios 05 e 06. Foram sendo adaptados como enfermarias de isolamento de pacientes com doenças infectocontagiosas ou para resguardar aqueles pacientes portadores de síndromes imunológicas. Posteriormente, acomodaram os doentes nos outros consultórios, 01 e 03 (ECG). Segundo os relatos, esses ficaram destinados para os pacientes que prosseguiam na observação durante a noite, evitando a permanência desacomoda em cadeiras comuns. Devido a Superlotação, alocaram mais uma maca em cada consultório e

atualmente, dependendo do quantitativo de usuários, não é raro encontrar paciente no consultório 04, como foi verificado no percurso da pesquisa.

Quando se fez a reforma, eram 06 consultórios. Pros médicos atender. Aos poucos foram colocando maca... Foram colocando maca... Era uma maca, maca não, era paciente. Era uma maca em cada consultório. Aí, foi começou a coloca paciente ali na observação dentro dos consultórios. De uma maca, já foram enfiando outra maca ali. Até virar cada consultório com duas macas. Um consultório só que ficou disponível pra atendimento. O resto virou cada consultório com duas macas, dois pacientes. Sem ventilação, sem janela, sem nada (AUX-01).

Percebeu-se que, a participação dos servidores nesse processo foi crucial. A estratégia de alocação dos pacientes nos consultórios partiu de acordos estabelecidos entre esses mesmos servidores. Os Auxiliares e os Técnicos de enfermagem assinalaram que passaram por diversos enfrentamentos contra o sistema anterior. Quando havia a proibição determinante dos gestores em ocupar os consultórios. Ou seja, essas mudanças acontecem também por outros caminhos.

O recurso de ajuste nos consultórios, os transformando em enfermaria, acarretou outros transtornos no processo de trabalho dos servidores. Na reforma, os consultórios foram estruturados para consentir outro objetivo. Portanto, o espaço não consegue atender as adaptações físicas necessárias para a execução da atividade de trabalho da equipe de enfermagem.

Existe um espaço em frente os consultórios que são destinados para a permanência de pacientes em observação. Esse espaço, no primeiro dia de observação de campo, encontrava-se com 08 poltronas reclináveis, todas ocupadas por pacientes. No segundo dia da semana, em que a coleta de dados procedia, iniciou-se a troca gradativa, das poltronas por macas hidráulicas.

Não, essas macas agora são novas. A gente tinha macas sem grade. Agora nós conseguimos macas hidráulicas e todas agora são hidráulicas. E as que não é, as que não são, de transporte de corpo e mesmo essas têm grade e tem tudo. E as poltronas muito em breve vai ter só maca (AUX-02).

Foi questionado sobre o motivo da ocorrência de troca das poltronas por macas. Um dos servidores esclareceu que essa troca foi uma reivindicação dos próprios trabalhadores, que vinham solicitando há muito tempo. Segundo sua explicação, foi necessário demonstrar para a equipe da segurança do trabalho, e

que inclusive, já haviam articulado outro caminho para chamar a atenção dos superiores. *“a gente estava pensando em fazer abaixo assinado, seja o que for para mudar a situação”* (AXU-02).

Ele ainda argumenta que, alguns dias antes, houve coincidentemente a visita no PA do HC de um dos coordenadores do hospital. Foi quando aproveitaram a oportunidade para demonstrar a situação sobre as poltronas e que essa urgência ser transformada.

E aí, mostramos para ela que ia perder um ou dois leitos. Mas o que ia ganhar de humanização, né. Não só pros pacientes, como pros funcionários. Ia valer a pena. [...] Tinha 3 funcionários de licença por causa de... Problema de coluna. E aí, mostramos que a coleta tem que ficar abaixando muito, o médico tem que ficar abaixando muito pra poder medir pressão. Aqui nas poltronas (AUX-02).

Alguns servidores narraram sobre a dificuldade de manter os cuidados de enfermagem nos pacientes que permaneciam em poltronas. Principalmente em relação a alguns procedimentos, e ainda no trato com pacientes acamados e dependentes alocados nas poltronas. *“Que o funcionário da enfermagem fica trocando fralda de paciente, fazendo clister, tudo nessas poltronas”* (AXU-02). Outro servidor faz uma observação sobre os riscos ergonômicos ao cuidar dos pacientes nas poltronas.

Agora que eles tão colocando essas macas. Porque antes era poltrona. Quer dizer, isso prejudicava muito. Você ter que agacha, quase agacha em cima do paciente, pra fazer uma punção, fazer uma medicação. Aí, agora eles colocaram essas macas, né. Que levanta altura, né. Pra ti polpa sua postura e tudo né. Ficou mais fácil você mexe com paciente. Mais assim... Ainda tá sendo implantado, né. Tão tirando aos poucos as poltronas e colocando as macas, né (AUX-04).

Foi registrado durante a observação, na parte da manhã, o momento em que os servidores estavam realizando a retirada das poltronas e efetuando a instalação das macas. Um fato que chamou a atenção foi a discussão sobre a posição que ficariam as macas. O pessoal do administrativo, ao trazer as macas, colocou-as na posição horizontal, paralela aos consultórios, favorecendo alocar 08 macas. No entanto, os Enfermeiros, os Técnicos e os Auxiliares estavam argumentando sobre a posição das macas, que ficaram na vertical, de frente para os consultórios e com esse fato retiraram as 08 poltronas e alocaram as 07 macas.

Os servidores da enfermagem contestaram, energicamente, sobre a questão de as macas ficarem na horizontal. Para eles, a posição vertical, facilitaria a aproximação aos pacientes. Também, existiam demandas mais relevantes, como a fonte de oxigênio, o espaço maior entre as macas e acomodação dos acompanhantes.

Depois de certo tempo de debates e de levantamento dos prós e contras, contradizendo o julgamento do pessoal do administrativo e os argumentos de defesa da equipe de enfermagem prevaleceram. Ficando determinado o desejo dos servidores da enfermagem, as 07 macas na posição vertical. Ao questionar um servidor sobre o acontecido, ele revelou que esses embates são frequentes e que muitas vezes as modificações são realizadas sem a apreciação de quem trabalha no local. Afirmou que as decisões geralmente são determinadas de cima para baixo.

7.5.2 Normatizações no Corredor

Logo na entrada principal do PA do HC está localizado um espaço de circulação, onde há momentos em que o fluxo e o movimento de pessoas, se revelam bastante intenso. Além disso, há constantes ocorrências de trânsito e deslocamento de macas, cadeiras de rodas, camas e demais instrumentos que são utilizados nesse setor. Isso procede, devido à ligação que o Corredor promove a outras unidades. Sendo assim, uma única via de acesso para determinados setores. Nesse vaivém, nota-se algum tipo de parceria implícita entre os circulantes, na medida em que, enquanto uns estão ali para receber, outros, estão para ofertar serviços de saúde.

Nos dias em o quantitativo de paciente ultrapassa os limites do espaço no PA, principalmente nas terças e quartas feiras, os pacientes ficam acomodados em macas, outros, sentados em poltronas, cadeiras comuns ou cadeiras de rodas, de acordo com a disponibilidade. Dependendo do dia, como exemplo, uma segunda feira, após um feriado prolongado, há um excesso de demanda e “Hiperlota” (Termo utilizado pelos servidores) o PA. *“E num tem esse limite, vai chegando e vai colocando. Não existe um limite. Onde que era corredor, que o paciente tinha que passar, acaba permanecendo”* (TEC-05). Outro servidor argumenta que:

Eles são atendidos, assim! Não no Corredor. Mas, nos consultórios. E achei, eu assim... Tem até certa... Os pacientes são atendidos na cadeira! Ai... Puncionar um acesso, na cadeira. Você liga o soro, numa cadeira. Mas, num é uma cadeira..., dessas reclináveis. É uma cadeira comum. Onde eu sento pra poder mexer no computador (TEC-06).

Esses eventos tornaram-se rotineiros e com momentos em que não há cadeira comum suficiente para acomodar a todos e os acompanhantes permanecem em pé, circulando pelos poucos espaços no setor. Às vezes, com revezamento de cadeira entre eles, quando possível.

Pra unidade que não tem um número de pacientes, né. Num tem um número. Nas internações a gente tem um número "X." lá em cima, no 3º, é 28... 28... 28... Num entra mais ninguém. Aqui não... Aqui, mesmo se não tive cadeira, entra paciente. A gente tira, às vezes, o acompanhante, pra coloca paciente (TEC-01).

Nesse cenário, o atendimento de demandas mais urgentes fica organizado, hierarquicamente, num modelo de atenção priorizada na dinâmica de assistência dos servidores, diante dessa condição de processo de trabalho no setor. Exige esmero para atender os chamados de pacientes e acompanhantes, quando cada um, deseja suprir sua necessidade de forma resoluta em algumas situações. A autora considera que a percepção dos usuários do serviço de urgência tem um caráter universalizado.

Da urgência, os usuários têm uma concepção cujo caráter 'globalizante' contrasta bastante com a concepção biomédica, pois aquela reúne o que esta dissocia e concebe separadamente. As urgências vividas por esses leigos são configurações ameaçadoras, formadas de fenômenos e acontecimentos heterogêneos, que não têm todos uma ancoragem fisiológica, mas que têm todos em comum de ser considerados e vivenciados como riscos que põem a vida em perigo. Suas urgências indicam suas necessidades, mas, sobretudo, os transtornos e sofrimentos que pesam no seu inseguro viver e sobreviver (GIGLIO-JACQUEMOT, 2005, p. 129-130).

Os servidores procuram atender de maneira dinâmica as necessidades mais urgentes dos usuários do serviço no PA. Ainda que, impossibilitados, em alguns momentos, procuram suprir determinadas fragilidades do próprio sistema. Contudo, ainda assim, os usuários não conseguem dimensionar que as prioridades resolvidas estão envolvidas em uma outra ordem. Essas, arquitetadas pelos servidores como

estratégia para transpor impasses da própria atividade de trabalho em processo. Na percepção do servidor, o usuário tem outra visão sobre as ocorrências no Corredor.

Você ainda tem que ficar preocupado com essa outra parte. Que às vezes, o paciente não fala com você. Mas, ele vai na ouvidoria e faz uma queixa de você. Entendeu? Ele não queixa com você. Mas ele queixa de você uma coisa que é estrutural. Você entendeu? Então ele queixa que você é uma situação estrutural. Então ele não queixa com você. Quando ele faz a queixa, ele queixa de você. Entendeu. Ele não fala, não queixa da estrutura do hospital. [...] Ele não é detalhista na hora de fazer a queixa, né. Ele preocupa em ter um nome aonde ele direcionar a queixa [...] A situação que levou aquilo a acontecer, às vezes, tá alheia ao profissional. E a gente fica meio frustrado por isso. Que às vezes você responde situações que tão alheia as suas condições de trabalho (TEC-01).

Muitos procedimentos são realizados no Corredor e alguns se destacam, como a higienização do paciente enquanto acomodado na maca. Trocas de fralda, higiene íntima, sondagens, curativos, necessidade de eliminações em recipientes, entre outros, são bastante comum. No entanto, o banho do paciente na maca no Corredor, chamou muita atenção durante a observação de campo. O local, não promove estrutura para tal procedimento, realçando a precariedade das condições do processo de trabalho no PA.

O procedimento de higienização, também se encontra delineado nas instruções de trabalho. O banho para o paciente assistido em alguns setores do HC é uma necessidade humana básica, indicado quando existe uma percepção e presença de sujidade corporal, devendo ser realizado na unidade onde o paciente está sendo assistido. Tendo como resultado esperado, proporcionar a limpeza da pele, por remoção mecânica de camada córnea, sujidade e odores desagradáveis, além de estimular a circulação da pele e proporcionar sensação de bem-estar (VDTE/HC/UFMG, 2011).

No PA, a higienização corporal do paciente acontece de duas formas: o banho de aspersão, realizado no chuveiro, enquanto que o banho no leito é realizado na maca. Além disso, são priorizados no horário da manhã. Esses são procedimentos que apresentam algumas peculiaridades quando os servidores necessitam realizar essa atividade de trabalho. Observou-se que o ambiente da Ala Sul do PA, não proporciona condições viáveis para a realização do banho de leito no

Corredor. A questão da exposição do paciente no momento do procedimento foi apontada pelos servidores.

Para a proteção e privacidade do paciente são colocados biombos ao redor da maca. Observou-se que esse procedimento não atendia com eficácia a intimidade do paciente. Os biombos são de metal, abrem com dobradura em três partes e são montados com tecido branco, timbrado com o logotipo do HC, sendo que esses tecidos podem ser removidos para a limpeza na lavanderia do hospital. No entanto, ao examinar mais de perto, percebeu-se a presença de frestas, pois os tecidos não permaneciam esticados de uma ponta a outra. Como afirma o servidor.

Bom, eu acho que todo o procedimento que você faz no corredor com paciente, você não oferece para o paciente o mínimo de privacidade. Por que? Você usa biombo, você não tem como fechar o corredor com biombo para atender o paciente. Acaba que não fica seguro nem para o profissional e nem para o paciente. Eu acredito que nenhum profissional queira... É... Fazer uma troca, passar uma sonda no paciente no meio do corredor. E ele percebe que a privacidade, às vezes, não está 100%, né, porque você não tem como você fazer. Então é esse ponto aí que eu acho mesmo. Esse aí, não um, são vários. Tá sempre acontece. Acredito que seja pouco, entendeu? E que algum profissional faça isso sem perceber isso, né (TEC-05).

Portanto, na observação do banho de leito em maca no PA, analisa-se que é realizado com pouca privacidade para com o paciente. E ainda, padece de frequentes interrupções. Isso devido à intensa circulação de pessoas, já anteriormente relatada. Outra tomada de nota foi o despendimento de tempo para execução, tanto no preparo para realizar o procedimento, quanto à atividade no processo de execução da tarefa. O servidor tece uma avaliação do momento apropriado e realiza a abordagem do paciente explicando o procedimento. Além de preparar os materiais, que às vezes, não estão disponíveis no setor, como a água na temperatura adequada. Por fim, ele ainda depende de um colega para mediar no auxílio do procedimento. Ao exame visual, pondera-se que, provavelmente, esse é o procedimento mais complexo de se realizar como atividade de trabalho para os Técnicos de Enfermagem.

O servidor verbaliza sobre a sua dificuldade em executar o procedimento. Aponta diversas estratégias para realizar essa atividade de trabalho. Para ele, é um momento de fazer escolhas prioritárias, como uma tentativa de antecipar a tarefa,

baseadas em saberes/valores. Ele já imagina o percurso e as intempéries possíveis que irá vivenciar. E mais do isso, existe a questão da exposição do paciente. Uma circunstância de trabalho que se apresenta “*invivível*” e com “*vazio de normas*”, para o agir em situação. Na narrativa do servidor:

O banho ele começa ser uma questão. Pra gente assim... Um muro pra gente mesmo. Porque, uns biombos que, toda hora eles tiram do lugar. Porque, eles precisam de passa, com a cadeira. Eles precisam de passa com a... Por uma outra situação. A gente não consegue promover o principal pro atendimento. Que é a privacidade, né. [...] Por mais que a gente coloca os biombos. Tem situação de posição. Às vezes o médico chega e você tá no atendimento, numa espera você termina o atendimento, tá entrando junto com você. Às vezes é uma maca que vai passar, uma cadeira que vai passar. Aí tem que passa naquele momento. E tem que puxá, sabe? O paciente fica muito exposto. A gente num tem uma torneira de água quente aqui. A gente tem que busca né. Outros setores, né (TEC-01).

Quanto ao procedimento do banho de aspersão, existe apenas um banheiro disponível em um dos consultórios com chuveiro. Segundo os servidores, esse fato causa incômodo e impedimentos. Inclusive, discordância e atritos entre os próprios usuários do setor. Uma situação constante, que os Técnicos de Enfermagem enfrentam e aventuram-se a hierarquizar nos cuidados de enfermagem. “*Um banheiro pra todo mundo toma banho. Às vezes paciente isolado de contato, paciente com uma doença infecciosa. Todo mundo usando o mesmo banheiro*” (AUX-01). “*A gente só tem um banheiro. Quando a gente precisa de leva o paciente pra cadeira. É um banheiro. Às vezes, esse paciente de cadeira... Vai toma banho de tarde*” (TEC-01).

Priorizava os cuidados... Priorizava os cuidados, no sentido assim... É... Os que estavam mais precisados, os que estavam molhados, os que estavam mais sujos, que precisava de troca. Que era mais dependente. (TEC-03).

Foi observada uma situação no Corredor, sobre a chegada do paciente na Classificação de Risco e logo esse é direcionado ao Corredor. Conforme narrativa dos servidores, não é rara a entrada de pacientes com doenças infectocontagiosas. Principalmente as de alta transmissibilidade, como a doença meningocócica e a Tuberculose. O que demanda o isolamento ou precaução de contato, procedido de uma acomodação em local reservado, prioritariamente. No entanto, essa a

realidade, não somente é parte do fluxo no PA do HC, como da maioria das unidades de saúde de porta aberta 24 horas. Cada lugar apresenta particularidades administrativas na recepção do paciente infectado, que pode acontecer com diversidades próprias de cada unidade de urgência. No PA, geralmente, o paciente com necessidade de isolamento é recebido referendado de outras unidades, inclusive do ambulatório do próprio HC. A maioria dos servidores pontuou que há exposição constante dos profissionais no Corredor, frente a essa ocorrência. Uma rotina enfrentada diariamente por eles.

E uma questão também. Como que é porta de entrada. A gente é muito exposto. Tipo, paciente não tem diagnóstico. Muitos pacientes não têm diagnóstico. Aí você atende o paciente, tem contato com ele. Aí passa, um, dois dias. Ah o paciente! Tem uma hepatite, tem uma tuberculose, isolamento de contato. É, eu acho a gente muito exposto. Até fecha um diagnóstico, uma coisa. Acho que a gente que trabalha aqui na Porta, a gente é muito exposto a isso (AUX-01).

Tem o atendimento, de você não sabe o que o paciente tem. Muitas vezes o paciente é um paciente de isolamento de contato. Você tá ali direto com ele e você não tá se protegendo. Você não tá de máscara, você não tá de óculos, você num tá de nada. Quando vai ver, o paciente tá internando pra poder... Tá entrando pra ser internado no andar de isolamento e ninguém te comunicou nada, ninguém te falou nada, e tá ali, de frente pra ele. Ninguém te passa. Ninguém te orienta: olha esse paciente vai subi, ele é isolamento respiratório, ele é isolamento de contato... NÃO. Ele entra e senta lá no meio de todo mundo. O pessoal medica... Depois quando ele vai subi que você olha na guia de internação que você vê que ele é um paciente de isolamento (TEC-03).

Um servidor relatou sobre a questão, de que existe a norma de proteção e as ITTs que orientam para esse evento, assim como, que todo o material e equipamento para essa proteção ficam disponibilizadas nas 24 horas em setores do hospital, de acordo com a Norma Regulamentadora NR 32⁷². E ainda, que os trabalhadores têm ciência desses instrumentos.

Eu até concordo que tem gente que recebe esse paciente aí e nunca sabe. Mas aí é uma questão que se você for questionar eles vão falar que a gente tem que tá protegido o tempo todo. Tempo todo, a gente

⁷² **Norma Regulamentadora NR 32.** Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde. 32.1.1 Esta Norma Regulamentadora – NR tem por finalidade estabelecer as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral.

tem que estar usando mascara, tem que tá usando óculos, tem que tá usando capote. Então é uma coisa que vai bater contra a outra. Concordo que realmente se só descobre depois. Se já lido com o paciente, mas tem que concordar também que a gente tem que tá prevenido. Tem que tá sempre preparado, pra isso. Que esse é um risco do pronto socorro (AUX-02).

No entanto, posteriormente, durante a mesma entrevista, ele revelou que entende que a situação no Corredor revela risco eminente, muitas das vezes até velado. Inevitavelmente, os servidores ficam expostos a essa característica de risco. Pois, existem situações que se apresentam fora do contexto das normatizações.

Mas já aconteceu também, que a gente atendeu o paciente aqui e depois descobri que ele foi para o isolamento, com TBC. (Tuberculose) O que mais tem aqui. Isolou... Você atende e depois descobre que é suspeita de TBC. Ou então, você vê o médico usando máscara ou alguém usando máscara. Você fica... Nó! O que tá acontecendo. Vai olhar é suspeita de TBC. Não, aí lá na triagem eles já sabem da suspeita, aí já entra direto para o consultório e isola, até conseguir subir com os pacientes. Mas quando não chega com suspeita até eles correm esse risco. Todo mundo sai correndo risco, desde a entrada até desconfia. (AUX-02).

Mas ainda existem outros eventos e possibilidades que podem levar a uma exposição inesperada, como relata o servidor sobre os riscos distintos nesse setor do PA.

Às vezes numa urgência uma paciente para, num dá nem tempo do você calça umas luvas. Aí você pensa primeiro. É, é... Automático. Atende o paciente rápido e muita vez você deixa de se proteger, pra atende aquela urgência. O paciente rápido. Isso eu acho que acontece com a maioria das pessoas. Primeiro você pensa no paciente, depois... Ah! A luvas, não pôs luvas (AUX-01).

No período da investigação de campo, o registro de quantitativo e fluxo de pacientes foi aproximadamente contabilizado. Houve momentos basilares, como o tempo computado da tarde, a partir das 13 horas, desdobrando-se até às 21 horas, quando houve o aceleração das transferências dos pacientes. Na ocasião mais crítica, o PA comportava uma média aproximada de 46 pacientes com seus respectivos acompanhantes, segundo verificações no *checklist* do setor. Para a assistência direta de cuidados de enfermagem, a escala contava com um quantitativo de servidores de 02 Auxiliares e 07 Técnicos de enfermagem. No

cenário contava com o somatório de 02 poltronas e 31 macas habitadas, 02 pertenciam à outra unidade fora do HC. A localização das macas no Corredor ultrapassou o limite da Ala Sul, estendendo-se em direção para outros setores como a portaria, a UDC na Ala Norte e a Farmácia na Ala Leste.

Em uma terça feira, foi registrada a entrada de pacientes na sala da medicação, a admissão de 28 pacientes, no turno do dia. Além dos atendimentos realizados pela Classificação de Risco, com um número considerável de pacientes apenas para consulta, avaliação e alta hospitalar. O contexto real, em cena, de uma Superlotação no PA do HC.

Eu acho que aqui num tem espaço nenhum. Num tem estrutura nenhuma. Os pacientes ficam quase um em cima do outro. Paciente isolado misturado com paciente com imunidade baixa. Paciente, imuno... Esses consultórios que viram uma enfermaria de dois leitos. Num tem ventilação nenhuma. Às vezes um paciente isolado de cá. O outro imuno do outro lado. [...] Não tem ventilação nenhuma aqui. O espaço físico é muito pequeno. Às vezes essa entrada com 40 pacientes ali internado. Um tossindo aqui, outro vomitando em cima do outro ali. Eu acho isso um caos (AUX-01).

7.5.3 Normatizações na Superlotação

Um problema que vem se arrastando desde a primeira reforma é a superlotação de pacientes. Esse é um evento complexo e ainda atual no PA do HC da UFMG. Esse fenômeno está diretamente ligado aos impasses sobre o fluxo do paciente em todos os setores do hospital. Os encaminhamentos do paciente para exames, assim como a morosidade de entrega dos resultados, as avaliações de outros especialistas médicos e a transferência para os leitos nos andares, são parte do contexto desse fluxo em particular. Nos Serviços de Emergência Hospitalar (SEH), a superlotação se apresenta com maior força. Como aponta os autores sobre a superlotação nos hospitais.

O aumento do tempo de permanência no SEH é o principal marcador da superlotação; a falta de leitos para internação a principal causa; e o atraso no diagnóstico e tratamento, a principal consequência, levando ao aumento da mortalidade. Outros estudos realizados em SEH mostraram resultados desfavoráveis no tratamento da pneumonia, sepsis, infarto agudo do miocárdio e apendicite relacionados com o atraso no atendimento médico. Estudos sobre a superlotação no SEH em hospitais de nível terciário, apontaram resultados semelhantes. Um deles, desenvolvido em um hospital, encontrou aumento da mortalidade hospitalar nos dez dias iniciais

a partir da internação. O outro, desenvolvido em três hospitais, encontrou relação linear entre a superlotação no SEH e o aumento da mortalidade nos segundo, sétimo e trigésimo dia de internação (BITTENCOURT, 2010, p. 92).

Assim como os problemas decorrentes dos processos resultam em baixa efetividade organizacional, a superlotação enquanto consequência também, demonstrando que não se trata apenas de um fenômeno gerado pela demanda excessiva aos serviços de urgência e emergência ou de fatores sócio-epidemiológicos da população (MOLICA, 2011, p. 37).

A permanência prolongada do paciente no PA, segundo a percepção de alguns servidores, está atribuída ao fato do hospital ser uma instituição de ensino, assim como, de atenção quaternária. Ocorre que a maioria dos pacientes que são assistidos pelo HC, apresentam síndromes e doenças bastante específicas.

Para os pacientes, tanto no PA, como nos andares do HC, a permanência desses é alongada e devido a esse fato, a liberação de leitos permanece vinculada a esses preceitos. No entanto, esse fato em especial, não pode ser o principal causador da superlotação. Pois, existem outras possíveis causas que poderiam ser avaliadas no sentido de contribuir para esse evento no hospital.

Outro fator que contribui para a superlotação do PA são os pacientes classificados como branco, pois apesar de não apresentarem sinais e sintomas que demandem atendimento no pronto atendimento, são recebidos para realização de exames ou investigação clínica decorrentes de pesquisas realizadas por professores da escola de medicina e ou realização de cirurgia eletiva, confirmando mais uma vez, que a superlotação, é reflexo de baixa efetividade organizacional (MOLICA, 2011, p. 38).

Eu atribuo a permanência prologada aqui, a algumas coisas. Uma das... O hospital de um modo geral, né. Os andares. É... Eles ficam vinculados os leitos, as determinadas clínicas. Aos determinados profissionais. E aí, tem uma cultura de permanecer o paciente internado pra uma investigação. Aí, acaba se ocupando o leito no andar, pra uma permanência além da que deveria (ENF-01).

O HC da UFMG tem como diferencial, o atendimento voltado para a investigação de casos de enfermidades raras, levando ao estadiamento prolongado do usuário desse serviço de saúde. Em outras unidades hospitalares, onde os leitos destinados para o atendimento específico de casos clínicos e ou de comorbidades, permanece a alta rotatividade de leitos para o paciente. Como explica o servidor.

O entendimento dos hospitais, de atenção quaternária igual aqui. Os leitos foram criados. Pra. Atender o paciente naquele momento,

naquela internação. Com aquela necessidade. Com rotatividade de leito. A partir do momento que é um hospital escola e que os preceptores. Eles querem manter uma investigação. Igual eu falei. De um estadiamento, de uma doença nova que tem associada aquele, aquela doença. E ele quer transmitir isso pros alunos. E precisa de que o paciente tenha uma permanência mais prolongada. Então a rotatividade de leito acaba ficando menos. Em decorrência do estudo mais do que da doença. Do período mesmo, que a doença já foi tirada daquele momento ali. Estabilizado ou até tratado mesmo (ENF-01).

Outra questão de relevância é o fato de o paciente permanecer por longo tempo no PA, aguardando um exame ou interconsulta de uma especialidade médica de excelência. O que dificulta o fluxo do paciente para os andares ou até mesmo para a alta hospitalar. Na percepção do servidor, outro problema que reflete muito para a contribuição do fenômeno da Superlotação nesse setor do hospital.

Eu acho que acaba mantendo a superlotação aqui. É essa falta de gerenciamento e participação ativa do profissional, talvez horizontal, aqui. Pra poder fazer uma leitura disso. É assim, o paciente entrou aqui. Por exemplo: é... Tá com um quadro infeccioso. Muitas vezes ele termina o tratamento, os dias de antibiótico e aí, ele permanece aqui aguardando uma interconsulta. De uma especialidade. O exame que ele poderia ter. É, é, fazer posteriormente. Como a questão dos exames eletivos. É muito morosa, processo (ENF-01).

Outros servidores também compartilham dessa percepção.

Em relação a exames, eu acho que é bom. Eles fazem um Check-up do paciente. Em relação a isso. Eu acho bom. Agora em relação de permanência, de agilizar a questão, entendeu. O problema do paciente. Eu acho que isso fica a desejar. Às vezes fica paciente uma semana esperando um... Exame. Ocupando, é, maca, que são poucas. Paciente precisando sentado na cadeira. Entendeu. Acho que essa questão aí é muito ruim aqui (AUX-01).

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Não seria possível uma apreciação da realidade de trabalho no território atual do Pronto Atendimento do Hospital das Clínicas da UFMG, sem retomar parte do enredo traçado desde a sua origem, em 1996. O espaço nesse setor, ao longo do tempo, foi sendo adaptado e readaptado por forças que se apresentaram além do controle da própria instituição, a saber, por readaptações que os próprios servidores realizaram no ambiente de trabalho, balizadas pelas dramáticas do uso de si, na execução das suas atividades de trabalho. Para compreender parte do que se processa na gestão do risco nesse lugar, foi necessária a observação como tomada de um processo educativo, ir se instruir sobre as diversas estratégias utilizadas pelos servidores para realizarem suas atividades de trabalho nesse espaço.

O tratamento sobre o reconhecimento, valores, saberes, presentificados nas diversas situações do processo de trabalho desses servidores se fez possível por meio das narrativas de memórias, testemunhando o agir nas instâncias micro e macro, no coletivo, bem como, na observação dos diversos ambientes do campo pesquisado. Mas, sobretudo, ir ver de perto o que acontece no trabalho desses servidores da saúde, no espaço de um hospital público universitário federal.

Apropriando-se da montagem de um mosaico, com falhas de fragmentos que naturalmente são apresentadas no decorrer do estudo, como uma tentativa para transpor obstáculos verificados à essas nuances. Um exercício fecundo e produtivo.

Houve momentos quando esteve presente o desconforto intelectual da pesquisadora, no sentido de que, por mais acesso às normas antecedente, é impossível alcançar o todo e, certamente, a impossibilidade de abarcar com totalidade a real situação da atividade de trabalho dos servidores do PA do HC. Escapa uma compreensão absoluta. No entanto, parte do que se apresenta no trabalho pôde ser evidenciado através dos gestos e das escolhas, frente às normas instituídas. O *corpo si*, no jogo frenético com o meio, para renormatizar o que se apresenta diante de uma infinidade de riscos, no agir para si e para os outros.

Outro andamento, quanto à busca dos conceitos pelo viés das legislações, das Normas e dos Ofícios, o Saber Constituído, não sendo possível detalhar em profundidade sobre a construção histórica/social do Pronto Atendimento de uma Instituição de tamanha importância como o HC da UFMG. Cabe aqui, aceitar as

limitações, os desencontros, que ao mesmo tempo, são encontros de encontros, valores/saberes, sempre a construir.

Quanto ao período de permanência do paciente no “Corredor” do PA do HC, não houve dificuldade em perceber que, tanto os pacientes, como os acompanhantes, compartilharam sentimentos ambivalentes. Enquanto uns aceitavam e, até mesmo, exerciam certa resignação sobre a complexidade do sistema, principalmente em relação à situação de estadia na observação, outros repudiam com truculência, numa busca frustrada de soluções das suas particularidades que, muitas das vezes, apresentavam-se potencialmente sem resolubilidade. Um desafio diário enfrentado pela a equipe de servidores envolvidos no processo de trabalho no PA.

Observou-se que a superlotação de pacientes nos corredores do PA vem escoltada por outro fenômeno. O fator: cada paciente é único e traz consigo mais uma pessoa, seu acompanhante. A legislação ampara essa condição no serviço de saúde, logo, o aumento do quantitativo de pessoas circulando no mesmo lugar. Nesse bojo, muita história e experiências, vitórias e frustrações. Para muitos, entre servidores e usuários, existe a dificuldade de articular bem esses apontamentos, o que realça ainda mais as dificuldades apresentadas nos corredores do PA. Nessas circunstâncias, se arrisca a articular que, o “cuidar em enfermagem”, abarca a todos, o paciente que chega, quem chega com ele e os servidores, esses últimos uns pelos outros.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, Tânia M. et al. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, p. 424-433, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: fev. 2018.
- ASSUNÇÃO, Ada Ávila; BELISÁRIO, Soraya Almeida. Condições de trabalho e saúde dos trabalhadores da saúde Organização Panamericana de saúde – **OPAS/Nescon - Núcleo de Educação em Saúde Coletiva** (Serie Nescon de Inf. Técnicos; nº 1). Belo Horizonte, 2007.
- ATHAYDE, Milton; BRITO, Jussara. Ergologia e Clínica do Trabalho. *In*: BENDASSOLLI, Pedro F.; SOBOLL, Lis Andrea P., organizadores. **Clínicas do Trabalho: novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade**. São Paulo: Atlas, p. 258-281, 2011.
- BARROS, Vanessa Andrade; CARRETEIRO, Tereza Cristina. O. Clínicas do trabalho: contribuições da psicossociologia no Brasil. *In*: BENDASSOLLI, Pedro F.; SOBOLL, Lis Andrea P., organizadores. **Clínicas do Trabalho: novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade**. São Paulo: Atlas, p. 208-226, 2011.
- BENDASSOLLI, Pedro F.; SOBOLL, Lis Andrea P., organizadores. Introdução às Clínicas do Trabalho: aportes teóricos, pressupostos e aplicações. *In*: BENDASSOLLI, Pedro F.; SOBOLL, Lis Andrea P., organizadores. **Clínicas do Trabalho: Novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade**. São Paulo: Editora Atlas S.A. p. 03-21, 2011a.
- BENDASSOLLI, Pedro F.; SOBOLL, Lis Andrea P. Clínicas do trabalho: filiações, premissas e desafios. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, vol. 14, n. 1, p. 59-72, 2011b. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.1981-0490.v14i1p59-72>. Acesso em: mar. 2018.
- BITTENCOURT, Roberto José. **A superlotação dos serviços de emergência hospitalar como evidência de baixo desempenho organizacional**. / Roberto José Bittencourt. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, defendida e aprovada em 26 de fevereiro de 2010. Rio de Janeiro: 2010.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2007.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p. Constituição (1988).
- BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008. – Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, [2016].

BRASIL. Diário Oficial da União. Brasília - **DECRETO N. - 8.587, de 11 de dezembro de 2015**. DF, segunda-feira, 14 de dezembro de 2015.

BRASIL. Ministério da Educação. Gabinete do Ministro. **Portaria Interministerial, nº 883**, de 5 de julho de 2010b.

BRASIL. Ministério do Planejamento. **PAC**. Disponível em: <http://www.pac.gov.br/infraestrutura-social-e-urbana/upa-unidade-de-pronto-atendimento>. Acesso: julho/2018

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS, n.º 2048**, de 5 de novembro de 2002. Aprova o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 12 nov. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS. Visita aberta e direito ao acompanhante**. Brasília – DF, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Acolhimento de Classificação de Risco nos Serviços de Urgência / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. [2009a]

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa: **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS**. Brasília – DF, 2009. [2009b]

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Guia para o uso de hemocomponentes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 140 p.: il. – (Serie A. Normas e Manuais Técnicos). 2010. [2010a]

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 529, de 1º de abril de 2013** (DOU de 02/04/2013) Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 545, de 20 de maio de 1993**. Disponível em: port_ms_545-93.indd (fiocruz.br). Acesso em: mai. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais**. Portaria nº 1.929, de 19 de julho de 2010. Decreto nº 7.082, de 27 de janeiro de 2010. [2010b]

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **NR 32 - Segurança E Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde**. Portaria n.º 485, de 11 de Novembro de 2005. (DOU de 16/11/05 – Seção 1). 2005.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto n. 94.406**, de 08 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº. 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício

da enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/d94406.htm. Acesso em: mar. 2018.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Centro de Documentação e Informação **Decreto nº 7.082**, de 27 de janeiro DE 2010. Disponível em: Decreto nº 7082 ([planalto.gov.br](http://www.planalto.gov.br)). Acesso em: mar. 2018. [2010a]

BRASIL. Presidência da República. Casa civil. **Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L7498.htm. Acesso em: abr. 2018.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 - Lei Orgânica da Saúde**. 1990

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990** - Dispõe sobre a participação da comunidade e transferências intergovernamentais. 1990

BRASIL. **Resolução nº. 375**, de 22 de março de 2011. Dispõe sobre a presença do Enfermeiro no Atendimento Pré-Hospitalar e Inter-Hospitalar, em situações de risco conhecido ou desconhecido. Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br/node/6500>. Acesso em: jul. 2018.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. **A reforma gerencial do estado de 1995**. Revista de Administração Pública, julho, p. 55-72, 2000.

CANGUILHEM, Georges. **O Normal e o Patológico**. 6ª edição. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária, 2010.

CAPISTRANO FILHO, D. Apresentação. *In*: ODDONE *et al.* (org.) **Ambiente de trabalho: a luta dos trabalhadores pela saúde**. São Paulo: Hucitec, p. 7-9, 1986.

CARMO, Maria. **Hospitais Universitários a integração ao Sistema Único de Saúde - Estudo De Caso: Hospital das Clínicas da UFMG - 1996 A 2004**. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Departamento de Medicina Preventiva e Social. 2006. 121f. Belo Horizonte, 2006.

CARMO, Maria; ANDRADE, Eli Lôla Gurgel; MOTA, Joaquim Antônio César. Hospital Universitário e Gestão do Sistema de Saúde: uma trajetória positiva de integração. REME – **Revista Mineira de Enfermagem**, p. 387-394, out./dez., 2007.

CENTRO DE TELESSAÚDE. **Gestão de resíduos de serviços de saúde**. Elaboração: Elci de Souza Santos. Colaboração: Equipe Tele-educação da Rede de Teleassistência de Minas Gerais. Disponível em: <https://telessaude.hc.ufmg.br>. Acesso em abr. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. RESOLUÇÃO COFEN. Aprova a **Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**. Disponível em: http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-3112007_4345.html. Acesso em: Out. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. RESOLUÇÃO COFEN - **Resolução Cofen nº 0306/2006**. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3062006_4341.html Acesso em: Out. 2017.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MINAS GERAIS. **Legislação e normas** [texto] / Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais. – V. 13, n. 1 (2013) – Belo Horizonte: Coren-MG, [1996]- 86p.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MINAS GERAIS **PARECER Nº 10/2014 / CTLN/COFEN** interessado: presidência do Cofen Referência: PAD/COFEN nº 120/2014.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução nº 2.077/14. Brasília-DF, 2014**. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/resolucao2077.pdf>. Acesso em: jan. 2019.

COSTA, Mônica Aparecida; MOTA, Joaquim Antônio Cesar; FIGUEIREDO, Ricardo Castanheira Pimenta. **Hospital das Clínicas da UFMG: da origem como hospital de ensino à inserção no Sistema Único de Saúde**. Belo Horizonte: Revista Médica de Minas Gerais, p. 212-219, 2008.

CUNHA, Daisy Moreira. A formação humana entre o conceito e a experiência do Trabalho: elementos para uma pedagogia da atividade. **Trabalho e Educação**, vol.14, nº 1 – jan./jun. – 2005.

CUNHA, Daisy Moreira. Notas conceituais sobre atividade e corpo-si na abordagem ergológica do trabalho. **Anais de 30ª Reunião Anual da Associação Nacional de Pós-37 Graduação e Pesquisa em Educação**, p. 08-11, 2007. GT: Trabalho e Educação / n.09. Disponível em: www.anped.org.br. Acesso em set. 2017.

CUNHA, Daisy Moreira. Ergologia. *In*: Oliveira, D.A; DUARTE, A.M.C.; VIEIRA, L.M.F. DICIONÁRIO: trabalho, profissão e condição docente. Belo Horizonte: UFMG/Faculdade de Educação, 2010. **CDROM**. Disponível em: <http://www.gestrado.net.br/pdf/271.pdf>. Acesso em: ago. 2017.

CUNHA, Daisy Moreira. Linguagem entre a Experiência (de Trabalho) e o Conceito. **Eutomia - Revista de literatura e linguística**: vol. 1, nº 08, 2011.

CUNHA, Daisy Moreira. Trabalho, humana atividade. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, vol. 16, nº especial 1, p. 25-35, 2013.

CUNHA, Daisy Moreira; ALVES, Wanderson Ferreira. Saúde do trabalhador: produção de conhecimento e intervenção nos meios laborais. *In*.: **Trabalho & Saber: questões e proposições na interface entre formação e trabalho**. (org.). ALVES,

Wanderson Ferreira; MACHADO, Maria Margarida. Campinas, SP: Mercado das Letras, p. 153-176, 2016.

CUNHA, Daisy Moreira; JUNIOR, Admardo Bonifácio Gomes. Ergologia: um projeto-herança de clínicas singulares. p. 431-460. *In*: LIMA, Francisco. P. A; RABELLO, Lais Di Bella Castro; CASTRO, Marcelli La Guardia Lara. (Org.). **Conectando saberes: dispositivos sociais de prevenção de acidentes e doenças no trabalho**. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2015. (Série Confiabilidade Humana).

CUSSIOL, Noli Amorim de Menezes. **Manual de Gerenciamento de resíduo de serviço de saúde/Fundação Estadual do Meio Ambiente**. – Belo Horizonte: Feam, 2008.

DAL POZ, Mario Roberto; VIANA, Ana Luiza D'Ávila. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **PHYSIS: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, p. 225-264, 2005.

DEMO, Pedro. **Pesquisa participante mito e realidade**. UnB/INEP. MEC. Secretaria Geral. Brasília, 1982.

DIÁRIO OFICIAL DO MUNICÍPIO – DOM. **Extrato de Termo de Convênio**. Ano II – Edição nº 149. Belo Horizonte, quinta feira, 09 de maio de 1996. Disponível em: <http://portal6.pbh.gov.br/dom/iniciaEdicao.do?method=DetalheArtigo&pk=1036556>. Acesso em fev. 2018.

DURRIVE, Louis. **Trabalho e Ergologia: conversas sobre a atividade humana**. Org. DURRIVE, Louis; SCHWARTZ, Yves. Coord. da tradução e revisão técnica. ATHAYDE, Milton; BRITO, Jussara. 2ª edição, Niterói: Ed. UFF, 2010.

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.

DURRIVE, Louis; SCHWARTZ, Yves. Revisões temáticas. **Glossário da ergologia**. **Laboreal, Porto**, volume IV, p. 23-28, 2008.

DURRIVE, Louis; SCHWARTZ, Yves. **Trabalho e Ergologia: conversas sobre a atividade humana**. (org.). DURRIVE, Louis; SCHWARTZ, Yves. Coord. da tradução e revisão técnica. ATHAYDE, Milton; BRITO, Jussara. 2ª edição, Niterói: Ed. UFF, 2010.

DURRIVE, Louis; SCHWARTZ, Yves. Vocabulário de Ergologia. **Trabalho e Ergologia II: diálogos sobre a atividade humana**. (org.). DURRIVE, Louis; SCHWARTZ, Yves, colaboração de Nathalie Clar *et al.*; tradução de Marlene Machado Zica Vianna – Belo Horizonte: Fabrefactum, p. 375-386, 2016.

EBSERH. **Hospitais Universitários Federais. Hospital das Clínicas - UFMG**. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/web/hc-ufmg/metas-internacionais-de-seguranca-do-paciente>. Acesso em mar. 2018.

EBSERH. Hospitais Universitários Federais. Hospital das Clínicas - UFMG. **Dimensionamento de serviços assistenciais**. Diretoria de atenção à Saúde e Gestão de Contratos. Brasília. Março de 2013. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br>. Acesso em mar. 2017.

EBSERH. Hospitais Universitários Federais. Hospital das Clínicas - UFMG. **NOSSA HISTÓRIA**. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/web/hc-ufmg/nossa-historia>. Acesso em fev. 2017.

EBSERH. Hospitais Universitários Federais. Hospital das Clínicas - UFMG. **Notícias: Acreditação. HC recebe visita do consorcio Brasileiro de Acreditação**. 21 a 17 de novembro de 2016. Disponível em: http://www2.ebserh.gov.br/web/hc-ufmg/noticia-destaque/-/asset_publisher/Nm3Sln4Jbrre/content/id/1618401/2016-11-hc-recebe-visita-do-consorcio-brasileiro-de-acreditacao. Acesso em mar. 2017.

ECHTERNACHT, Eliza Helena de Oliveira. Atividade humana e gestão da saúde no trabalho: Elementos para reflexão a partir da abordagem ergológica. **Laboreal, Porto**, volume IV, p. 46-55, 2008.

FERRI, Paulo Alberto. **Corredores da emergência nos tempos da formação médica**. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de do Espírito Santo. Faculdade de Psicologia. Departamento de Psicologia Institucional. 102f. Vitória/ES, 3013. Disponível em: [tese_6830_Paulo_Ferri.pdf](http://www.ufes.br/tese_6830_Paulo_Ferri.pdf) (ufes.br). Acesso ago. 2018.

GIGLIO-JACQUEMOT, Armelle. **Urgências e emergências em saúde: perspectivas de profissionais e usuários**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. Antropologia e Saúde collection. 192 p. ISBN 978-85-7541-378-4. Available from SciELO Books.

GOMES, Ilson Iglésias; PAULA, Arlete Maria Costa. **Programa crescer com competência - implantação da Gestão por Competência nos Hospitais Universitários Federais Filiados a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – Ebserh**. IX Congresso CONSAD de Gestão Pública Junho/2016. Disponível em: www.consad.org.br. Acesso em: ago. 2017.

GUÉRIN, F. ET AL. **Compreender o trabalho para transformá-lo: a prática da ergonomia**. São Paulo: Edgar Blucher, 2012.

HOLZ, Edvalter Becker; BIANCO, Mônica de Fátima. Ergologia: uma abordagem possível para os estudos organizacionais sobre trabalho. **Cadernos EBAPE.BR**, v. 12, Edição Especial, artigo 6, Rio de Janeiro, ago., p.494–512., 2014.

JCI - JOINT COMMISSION INTERNATIONAL (JCI). **Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais**, 4ª edição Joint Commission International. Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde– Rio de Janeiro: CBA: 2010.

VASCONCELOS, Ricardo; LACOMBLEZ, Marianne. Entre a auto-análise do trabalho e o trabalho de auto-análise: desenvolvimentos para a psicologia do trabalho a partir da promoção da segurança e saúde no trabalho. *In* M. Figueiredo, M. Athayde, J.

Brito, & D. Alvarez (org.), **Labirintos do trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo**, p. 161-187. Rio de Janeiro: DP&A Editora. 2004.

MACHEREY, Pierre. A filosofia da ciência de Georges Canguilhem. Epistemologia e História das Ciências. *In*: CANGUILHEM, Georges. **O Normal e o Patológico**. 6ª edição. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária, 2010.

MACKWAY-JONES, K.; MARSDEN, J.; WINDLE, J. **Emergency Triage. Manchester Triage Group**. 2ª ed. Oxford: Blackwell; 2006.

MILLS, C. Whright. Sobre o artesanato intelectual. *In*: **Sobre o artesanato intelectual e outros ensaios**. Trad. Maria Luíza X. de A. Borges. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2009.

MOLICA, Sabrina. **Estratégias para qualificação da gestão de processos, estrutura e resultados de um serviço público de urgência e emergência hospitalar**. TCC, Curso de Especialização em Gestão e Qualidade Hospitalar da Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2011. 65 p.

MUNIZ, Hélder Pordeus; BRITO, J.; SOUZA, K. R.; ATHAYDE, M.; LACOMBLEZ, M. H. Ivar Oddone e sua contribuição para o campo da Saúde do Trabalhador no Brasil. **Revista Brasileira de saúde ocupacional**, vol. 38, n. 128, p.280-291, dez 2013.

ODDONE, Ivar; MARRI, G.; GLORIA, S.; BRIANTE, G. CHIATTELLA, M. e RE, A. **Ambiente de Trabalho: a luta dos trabalhadores pela saúde**. São Paulo: Hucitec, 1986.

ODDONE, Ivar; RE Alessandra; BRIANTE, Gianni. **Esperienza operaia, coscienza di classe e psicologia del lavoro**. Prima edizione settembre. Torino. Otto editore. 2008.

PEREIRA, Marcia dos Santos. **Mudança organizacional na saúde: desafios e alterações de um Hospital Universitário**. Belo Horizonte: FUMEC/ FACE, C/Arte, 2004.

PIRES, Denise; SCHERERI, Magda Duarte dos Anjos; SCHWARTZ; Yves. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. **Revista Saúde Pública**, p. 721-25, 2009.

PROCAP-HC/UF - Programa de Capacitação. **PROJETO MELHORES PRÁTICAS NA REDE FEDERAL DE EDUCAÇÃO/2010**. Belo Horizonte/MG, 13 de agosto de 2008. Disponível em: http://melhorespraticas.mec.gov.br/arquivos/hospital_ufmg_procap.pdf. Acesso em: dez. /2018.

PROFAE. Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem. **Biblioteca Virtual da Saúde. Brasília**, DF, 2006. 46 p.. Disponível em: [portugues \(saude.gov.br\)](http://portugues.saude.gov.br). Acesso em: nov. 2018.

QUIVY, Raymond; CAMPENHOUDT, Luc Van.. **Manual de Investigação em Ciências Sociais**. (5ª Ed). Lisboa: Gradiva, 2008.

SCHWARTZ, Yves. Trabalho e valor. **Tempo Social**; Rev. Sociol. USP, S. Paulo, Outubro, v. 8, n. 2, p. 147-158, 1996.

SCHWARTZ, Yves. Os ingredientes da competência: um exercício necessário para uma questão insolúvel. **Revista Educação & Sociedade**, n. 65, p. 101-139, 1998.

SCHWARTZ, Yves. A comunidade científica ampliada e o regime de produção de saberes. Tradução: Eloisa Helena Santos; Daisy Moreira Cunha. **Trabalho & Educação**, v. 7, jul/dez, p. 38-46, 2000a.

SCHWARTZ, Yves. Trabalho e uso de si. **Revista Pro-posições**, Campinas (Unicamp), v. 11, n.2, p. 34-50, 2000b.

SCHWARTZ, Yves. Entrevista - Trabalho e Educação: Yves Schwartz. Editora do Professor. **Presença Pedagógica**, v. 07, n. 38, mar/abr, p. 05-17, 2001c.

SCHWARTZ, Yves. O trabalho numa perspectiva filosófica. **Seminário: Trabalho, Saber, Educação**. Cuiabá, p. 01-26, 2003a.

SCHWARTZ, Yves. Trabalho e saber. **Revista Trabalho & Educação**, Núcleo de Estudos sobre Trabalho e Educação, número temático. Processos de Produção e Legitimação de Saberes. jan/jul, vol. 12, n. 1, p. 21-34, 2003b.

SCHWARTZ, Yves. Circulações, dramáticas, eficácias da atividade industriosa. **Trabalho, educação e saúde**, Rio de Janeiro, v. 2 (1), p. 33-55, 2004a.

SCHWARTZ, Yves. Ergonomia, filosofia e exterioridade. *In*: DANIELLOU, François (Coord.). **A Ergonomia em busca dos seus princípios: debates epistemológicos**. São Paulo: Edgard Blücher, p.141-180, 2004b.

SCHWARTZ, Yves. O dicionário: Actividade. Glossário da ergologia. **Laboreal**, v. 1, n. 1, p. 63-64, 2005.

SCHWARTZ, Yves. Entrevista: Yves Schwartz. **Trabalho, educação e saúde**, v. 4 n. 2, p. 457-466, 2006.

SCHWARTZ, Yves. O trabalho numa perspectiva filosófica. Tradução: Marie-Annik Bernier. **Departamento de Letras**, I.L., UFMT, 2008.

SCHWARTZ, Yves. A Experiência é Formadora? **Educação & Realidade**, v. 35, n. 1. jan/abr, p. 35-48, 2010a.

SCHWARTZ, Yves. **Trabalho e Ergologia: conversas sobre a atividade humana**. org. DURRIVE, Louis; SCHWARTZ, Yves, coord. da tradução e revisão técnica. ATHAYDE, Milton; BRITO, Jussara. 2ª edição, Niterói, 2010b.

SCHWARTZ, Yves. Conceituando o trabalho, o visível e o invisível. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, supl.1, p. 19-45, 2011a.

SCHWARTZ, Yves. Manifesto por um ergoengajamento. BENDASSOLLI, Pedro F.; SOBOLL, Lis Andrea P., organizadores. **Clínicas do Trabalho: Novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade**. São Paulo: Atlas, p. 132-166, 2011b.

SCHWARTZ, Yves. Atividade simbólica e atividade industriosa. *In*: **Trabalho, Educação e reestruturação produtiva**. Fabiana Santana Previtali org., EJR Xama Editora, São Paulo, 2012.

SCHWARTZ, Yves; VIEGAS, Moacir Fernando. Histórico e conceitos da ergologia, entrevista com Yves Schwartz. Entrevista com Yves Schwartz, por Moacir Fernando Viegas. **Reflexão & Ação**, v. 21, n. 1, p. 327-340, 2013.

SCHWARTZ, Yves. Motivações do conceito de corpo-si: corpo-si, atividade, experiência. Université Aix-Marseille – Marseille – França. **Letras de Hoje**, Porto Alegre, v. 49, n. 3, p. 259-274, jul-set, 2014.

SCHWARTZ, Yves. Conhecer e estudar o trabalho. **Trabalho & Educação**. Belo Horizonte: v. 24, n. 3, p. 83-89, set/dez, 2015.

SCHWARTZ, Yves; DI FANTI, Maria da Glória Corrêa. Abordagem ergológica e necessidade de interfaces pluridisciplinares. **Revista Virtual de Estudos da Linguagem**, edição especial, n. 11, 2016a.

SCHWARTZ, Yves. Trajetórias e usos de si. “Dialogo 1: MENCACCI, Nicole e SCHWARTZ, Yves. *In*: **Trabalho e Ergologia II: diálogos sobre a atividade humana**. (org.). DURRIVE, Louis; SCHWARTZ, Yves, colaboração de Nathalie Clar, (*et al.*); tradução de Marlene Machado Zica Vianna – Belo Horizonte: Fabrefactum, 2016b.

SCHWARTZ, Yves. Debate de normas, “mundo de valores e engajamento transformador. Dialogo 2: SCHWARTZ, Yves e VENNER, Bernadette. **Trabalho e Ergologia II: diálogos sobre a atividade humana**. (org) DURRIVE, Louis; SCHWARTZ, Yves, colaboração de Nathalie Clar *et al.*; tradução de Marlene Machado Zica Vianna – Belo Horizonte: Fabrefactum, 2016c.

SCHWARTZ, Yves. Uma entrevista com Yves Schwartz. DI Fanti, Maria da Glória Corrêa, BARBOSA, Vanessa Fonseca. **Revista Digital do Programa de Pós-Graduação em Letras da PUCRS. Letrônica**: Porto Alegre, v. 9, n. esp. (supl.), nov. p. 222-233, 2016d.

SECRETARIA DE SAÚDE. Governo de São Paulo. **Normas Regulamentadoras NRs nº 7, nº 9 e nº 32. Cartilha 13, abril 2014**. Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA). Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO). Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde. 2014. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/crh/ggp/cartilhas/normas_regulamentares.pdf. Acesso em: fev. 2019.

SMITH, Adam. A riqueza das nações. **Coleção “Os economistas”**. Volume I. São Paulo: Editora Nova Cultural Ltda. p.17-54. 1996. [1776]

SOUZA, Wladimir Ferreira; VERÍSSIMO, Mariana. **A ergogestão: por um outro modo de gerir o trabalho e as reservas de alternativas**. Versão escrita e adaptada de uma conversa/entrevista gravada em vídeo em Aix em Provence (França), 12 de novembro de 2007. Ergologia, n° 1, Janeiro, p. 75-90, 2009. Disponível em: Textes chaque numéro – Ergologia
Acesso em: jan. 2019.

TAYLOR, Frederick Winslow. **Princípios de administração científica**. Tradução de Arlindo Vieira Ramos. São Paulo: Atlas, 8ª edição, 1990.

THIOLLENT, Michel. **Metodologia da pesquisa ação**. 7ª edição. São Paulo: Editora Cortez; 1996.

TRINQUET, Pierre. A Formação Profissional E Continua (FPC) na França: Um Olhar Cruzado. **Trabalho & Educação** – vol.17, n° 1 – jan. / abr. – 2008.

TRINQUET, Pierre. Trabalho e Educação: o método ergológico. **Revista HISTEDBR On-line**, Campinas, número especial, ago/2010, p. 93-113. Disponível em Trabalho e educação: o método ergológico | Revista HISTEDBR On-line (unicamp.br). Acesso em: set. 2017.

TRINQUET, Pierre. O Extra Classe (SINPRO-RS). **Entrevista com Pierre Trinquet**. I Seminário Aberto sobre Atividade de Trabalho: uma perspectiva ergológica, na PUCRS, no dia 11 de março de 2013. Disponível em: <http://www.sinpro-ba.org.br/novo/?p=1455> O TRABALHO PENSADO.

TRIPP, David. **Pesquisa-ação: uma introdução metodológica**. Educação e Pesquisa, São Paulo, v. 31, n° 3, set./dez. 2005, p. 443-466.

UFMG. **Introdução** - A elaboração deste Relatório está referenciada no artigo 19 da Instrução Normativa n° 2, de 20 de dezembro de 2.000, da Secretaria Federal de Controle Interno, bem como, na Instrução Normativa n.º. 12, de 24 de abril de 1996, do Tribunal de Contas da União.

UFMG. **Transforma o Hospital das Clínicas da UFMG em Unidade Especial e aprova seu Regimento**. Resolução Complementar, N° 01/04 de 29 de janeiro de 2004. Boletim Informativo da UFMG, n° 1431, de 25/03/2004. Disponível em: <https://www2.ufmg.br/sods/content/download/1441/11748/version/1/file/01compluni04+final+HC.pdf>. Acesso em mai. 2018.

UFMG. **Pronto Atendimento do Hospital das Clínicas passa por reformas**. Agencia de notícias. Quinta-feira, 30 de agosto de 2007. Disponível em: <https://www.ufmg.br/online/arquivos/006537.shtml> Acesso em abr. 2018.

UFMG. **Hospital das Clínicas comemora 80 anos: Unidade mira o futuro com investimentos em sua estrutura física**. Boletim Informativo da UFMG, n° 1621, de

14/08/2008. Disponível em: <https://www.ufmg.br/boletim/bol1621/5.shtml>. Acesso em: abr. 2018.

UFMG. Hospital das Clínicas. **OF.DIR-HC/UFMG N2 914/10**. Belo Horizonte, 15 de dezembro de 2010. Ofício nº. 943/2010-TCU/SECEX-4, Processo 006.181/2008-7. Disponível em: <https://site.medicina.ufmg.br/noticias/2012/03/02/hc-inaugura-ressonancia-magnetica-e-pronto-socorro>. Acesso em mai. 2018.

UFMG. Faculdade de Medicina. **HC inaugura Ressonância Magnética e Pronto-Socorro**. 02/03/2012. Disponível em: <https://www.ufmg.br/online>. Acesso em: abr. 2018.

UFMG. Hospital das Clínicas. Diretoria. **OF.DIR-HC/UFMG N° 348/12**. Belo Horizonte, 11 de maio de 2012. REF.: Ofício de Requisição FOC/HU/2012-1.

UFMG. **Plano Diretor - Campus da Saúde** - Versão preliminar para aprovação. Pró-Reitoria de Planejamento e Desenvolvimento - DPFP - Departamento de Planejamento Físico. Julho de 2013.

UFMG. Hospital das Clínicas. **90 anos de cuidados e celebração da vida**. Catálogo Comemorativo dos 90 anos, p. 160, 2013. Disponível em: http://www.ebserh.gov.br/documents/218065/404274/Catalogo_Hospital+das+C%C3%ADnicas_final_%28nova+corre%C3%A7%C3%A3o%292baixa.pdf/0b076042-3d2d-437e-b5d4-822fa90b981b. Acesso em: ago. 2018

UFMG. **Hospital das Clínicas reinaugura Pronto-Socorro**. 28 de janeiro de 2014. Disponível em: <https://www.ufmg.br/online/arquivos/031739.shtm>. Acesso em: abr. 2018.

UFMG; PRORH. **EDITAL N° 358, DE 27 DE JUNHO DE 2016**. EDITAL N° 358, DE 27 de junho de 2016. Publicado no DOU de 28 de junho de 2016, Seção 3, p. 71-75 Retificado pelos Editais nº 403 de 21 de julho de 2016, DOU de 22 de julho de 2016, seção 3, p. 30-32, 404 de 22 de julho de 2016, DOU de 25 de junho, seção 3, p. 55, e 412 de 28 de julho de 2016, DOU de 29 de julho de 2016, seção 3, p. 50-51.

UFMG. **Universitários Federais filiados a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH**. Centro de convenções Ulysses Guimarães. IX Congresso CONSAD de gestão pública, 8, 9 e 10 de junho/2016. Disponível em: www.consad.org.br. Acesso em: mai. 2018.

VDTE/HC/UFMG. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem, Hospital das clínicas, UFMG. **Regimento Interno**. Aprovado pelo Conselho Diretor do HC em 10/02/2010. Belo Horizonte, 24 de fevereiro de 2010.

VDTE/HC/UFMG. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem, Hospital das clínicas, UFMG. **Instruções de Trabalho de Enfermagem Hospital das Clínicas da UFMG. Belo Horizonte**. / [Autores Cláudia Maria de Melo Franco Silva *et al.*]; apoio administrativo/estrutural Daniel Salvador ... [et al.]; diagramação e revisão Edinalva Santana Carvalho; colaboradores Gestão 2007-2011 Andréia Seabra... [et a.];

colaboradores Gestão 2005-2007 Adriana Rosa Ferreira Figueiredo... [et al.]. Belo Horizonte: Editora Nescon, 2011.

VDTE/HC/UFMG. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem, Hospital das clínicas, UFMG. **Boletim Informativo**, Número 07 - Ano 03 - Belo Horizonte - Minas Gerais, julho/2014.

WISNER, Alain. **Por Dentro do Trabalho. Ergonomia: método e técnica**. São Paulo: FTD - Oboré, 1987.

ANEXOS

Anexo A - Aprovação do COEP UFMG



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP


Projeto: CAAE - 86435617.0.0000.5149

Interessado(a): Profa. Silvia Dalmazio Fonseca
Depto. Administração Escolar
Faculdade de Educação - UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 09 de maio de 2018, o projeto de pesquisa intitulado “**Gestão do risco no setor de urgência do hospital público: reconhecimento, saberes e valores na atividade humana de trabalho dos técnicos de enfermagem**” bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto através da Plataforma Brasil.


Prof. Dra. Vivian Resende
Coordenadora do COEP-UFMG

Anexo B - Parecer ético do COEP Hospital das Clínicas



HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG

PARECER

Belo Horizonte, 22 de março de 2018.

Declaramos para fins de comprovação no Comitê de Ética em Seres Humanos – COEP/UFMG que o projeto de pesquisa intitulado: **“Gestão do risco no setor de urgência do hospital público: reconhecimento, saberes e valores na atividade humana de trabalho dos técnicos de enfermagem”** de responsabilidade da Pesquisadora Silvia Dalmazio Fonseca foi recebido e avaliado por essa gerência. O Projeto de Pesquisa foi aprovado para ser desenvolvido no âmbito do Hospital das Clínicas da UFMG, devendo ser iniciado somente após aprovação do COEP-UFMG.

Atenciosamente,

Fabiola Rodrigues Lemos Dias

Fabiola Rodrigues Lemos Dias

Secretária da Gerência de Ensino e Pesquisa

HC-UFMG/Ebserh

Anexo C - Anuência da Coordenação do Pronto Atendimento



HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG

Belo Horizonte, 20 de Março de 2018.

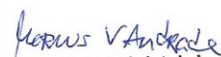
Anuência para Projeto de Pesquisa

Damos anuência para realização do projeto de pesquisa intitulado “Gestão do risco no setor de urgência do hospital público: reconhecimento, saberes e valores na atividade humana de trabalho dos técnicos de enfermagem” de interesse da mestranda Sílvia Dalmázio Fonseca, e da sua orientadora Profª Draª Dayse Moreira Cunha do Programa de Pós Graduação em Educação da Faculdade de Educação da Universidade Federal de Minas Gerais.

Este projeto pode trazer benefícios para esta Unidade, impactando positivamente no que tange a produção do conhecimento e a gestão de risco na atividade humana de trabalho dos profissionais técnicos de enfermagem.

O início da coleta de dados está condicionada ao comprometimento da referida aluna e a respectiva orientadora de entregar a essa gerência uma cópia da aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos – COEP/UFMG. Solicitamos também a apresentação dos resultados à equipe gestora da Unidade de Atenção à Urgência e Emergência, após a conclusão do trabalho.

Atenciosamente,


 Prof.º Dr. Marcus Vinícius Melo de Andrade
 Prof.º Associado
 Departamento de Clínica Médica
 Faculdade de Medicina UFMG
 Inscrição : 164968 SIAPE : 2294150

Prof.º Dr. Marcus Vinícius Melo de Andrade

Coordenador do Serviço Especial de Diagnóstico e Tratamento em Medicina de Emergência


 Melissa Prado de Brito
 Chefe da Unidade de Urgência e Emergência
 HC - UFMG / Filial EBSERH
 Matrícula Smapex: 1953395

Melissa Prado de Brito

Chefe da Unidade de Atenção à Urgência e Emergência

Anexo D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Senhor (a) está sendo convidado a participar voluntariamente da pesquisa **“GESTÃO DO RISCO NO SETOR DE URGÊNCIA DO HOSPITAL PÚBLICO: reconhecimento, saberes e valores na atividade humana de trabalho dos técnicos de enfermagem”**, que tem os objetivos de analisar e descreve, sob o ponto de vista Ergológico, o reconhecimento social, os valores e os saberes da experiência, dos técnicos de enfermagem, na contribuição de produção de conhecimento e na gestão do risco na atividade humana de trabalho no setor de serviços urgência/emergência de um hospital público.

Será feita uma pesquisa de campo para analisar a estrutura e as necessidades produtivas. Com isso será criada uma base de informações para escolher situações críticas para uma análise mais detalhada. Para tanto adotarei os seguintes procedimentos metodológicos para coleta de dados: observação participante; entrevistas exploratórias; grupo de encontro no trabalho com a intenção de proporcionar o diálogo entre os trabalhadores sobre as atividades de trabalho, abrindo espaço para troca de conhecimento relativa à realidade de trabalho entre os servidores. A entrevista será aberta, com o objetivo de levantar dados sobre você, sobre a instituição e sobre o processo de trabalho. As falas serão anotadas e o Senhor (a) terá o conhecimento de tudo que for anotado. Também será gravada em áudio, utilizando-se de um gravador digital, com o intuito de facilitar o trabalho de síntese. A mesma será transcrita na íntegra por mim e entregue a você para que dê consentimento da veracidade da transcrição.

Caso haja alguma inconsistência, serão feitas adequações até que você concorde com a versão transcrita. Caso você não tenha interesse, poderá escolher não participar. A sua participação é importante para que eu possa compreender os sistemas de trabalho visando à análise dos contextos produtivos. Se o Senhor (a) quiser desistir de continuar em qualquer momento, tem absoluta liberdade de fazê-lo, não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios. Informo que o Senhor (a) tem a garantia de acesso, em qualquer etapa do estudo, sobre qualquer esclarecimento de eventuais dúvidas. Se tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética dessa pesquisa, entre em contato com a pesquisadora. Também é garantida a liberdade da retirada de consentimento ou deixar de participar do estudo a qualquer momento.

As possíveis modalidades de risco ao participar dessa pesquisa envolvem riscos de origem psicológica, intelectual ou/e emocional, constrangimento, desconforto, estresse, cansaço ao responder às perguntas, além de desconfiança em relação ao pesquisador. Para tanto, enfatizo aqui, o rigor ético necessário para com o processo de obtenção, descrição e análise das informações em cada uma dessas formas de coleta de dados. Os riscos associados a esse estudo serão controlados por meio da confidencialidade dos dados.

O Senhor (a) e os futuros participantes poderão se beneficiar com os resultados deste estudo. As análises de trabalho realizadas têm, por consequência, a produção dos saberes sobre o trabalho humano. A pesquisa poderá beneficiar quanto à oportunidade pontuar o debate sobre o reconhecimento, valores e saberes no trabalho, discorrendo sobre a experiência concreta de trabalho dos servidores da

saúde no aspecto de formação humana. O próprio processo de obtenção dos dados, no caso, a entrevista, observação de campo e o grupo, podem evidentemente já trazer algum benefício para ambos, pesquisadora e participantes.

Além disso, sua participação é importante na contribuição científica a respeito das pesquisas relacionadas ao trabalho, mesmo não tendo benefícios diretos em participar, indiretamente, como voluntário participante estará contribuindo para a compreensão do fenômeno estudado e para a produção de conhecimento científico, podendo também, beneficiar outras pessoas.

O Senhor (a) tem o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas e caso seja solicitado, darei todas as informações que solicitar.

Não existirão despesas ou compensações pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo pesquisador.

Eu me comprometo a utilizar os dados coletados somente para pesquisa e os resultados serão veiculados através de artigos científicos em revistas especializadas e/ou em encontros científicos e congressos, sem nunca tornar possível a sua identificação. Anexo está sua declaração relativa a esse consentimento livre e esclarecido para ser assinado caso não tenha ficado qualquer dúvida.

DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE (A)

Eu _____, portador (a) do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos, métodos, riscos e benefícios da pesquisa "**GESTÃO DO RISCO NO SETOR DE URGÊNCIA DO HOSPITAL PÚBLICO: reconhecimento, saberes e valores na atividade humana de trabalho dos técnicos de enfermagem**", declaro que concordo em participar desta pesquisa. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido assinado por mim e pelo pesquisador, que me deu a oportunidade de ler e esclarecer todas as minhas dúvidas. Li e entendi toda a informação repassada sobre o estudo, sendo os objetivos, procedimentos e linguagem técnica satisfatoriamente explicada. Tive tempo, suficiente, para considerar a informação acima e, tive a oportunidade de tirar todas as minhas dúvidas.

Assinatura do (a) participante

Data: //

Sílvia Dalmázio Fonseca

Data: //

Estou assinando este termo voluntariamente e, tenho direito, de agora ou mais tarde, discutir qualquer dúvida que venha a ter com relação à pesquisa com:

Pesquisadora: Sílvia Dalmázio Fonseca

Endereço:

CEP:

Telefones:

E-mail: silviadalmazio@yahoo.com.br

Professora orientadora: Prof.^a Dr.^a Daisy Moreira Cunha

Endereço: FAE/UFMG, Av. Antônio Carlos, 6627 – sala 1503 - Campus Pampulha.

CEP: 31270-901. Belo Horizonte, MG.

Telefones:

E-mail: <http://www.fae.ufmg.br>

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

COEP-UFMG - Comissão de Ética em Pesquisa da UFMG

Endereço: Av. Antônio Carlos, 6627. Unidade Administrativa II - 2º andar - Sala 2005.

CEP: 31270-901. Campus Pampulha. Belo Horizonte, MG – Brasil.

Telefone: (31) 34094592.

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

DECLARAÇÃO DA INVESTIGADORA

Eu, Sílvia Dalmázio Fonseca, cuidadosamente expliquei ao participante, _____, a natureza do estudo descrito anteriormente. Eu certifico que, salvo melhor juízo, o participante entendeu claramente a natureza, benefícios e riscos envolvidos com este estudo. Respondi todas as questões que foram levantadas e testemunhei a assinatura acima. Estes elementos de consentimento informado estão de acordo com a garantia dada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais – COEP/UFMG para proteger os direitos dos sujeitos humanos. Furneci ao participante uma cópia deste documento de consentimento assinado.

Sílvia Dalmázio Fonseca

Data: //

ANEXO E - ATENDENTE DE ENFERMAGEM

Atendente de Enfermagem

Nível de classificação: ensino Fundamental (instinto 1º grau)

Descrição sumária do cargo: executar atividades elementares de Enfermagem, dispensando cuidados simples de saúde, sob orientação e supervisão de profissionais da saúde. Auxiliar nas atividades de ensino, a pesquisa e extensão.

DESCRIÇÃO DE ATIVIDADES TÍPICAS DO CARGO

- Anotar, identificar e encaminhar roupas e/ou pertences dos pacientes.
- Preparar leitos desocupados.
- Auxiliar a equipe de enfermagem no transporte de pacientes de baixo risco.
- Preparar macas e cadeiras de rodas.
- Arrumar, manter limpo e em ordem o ambiente do trabalho.
- Colaborar, com a equipe de enfermagem, na limpeza e ordem da unidade do paciente.
- Buscar, receber, conferir, distribuir e/ou guardar o material proveniente do centro de material.
- Receber, conferir, guardar e distribuir a roupa vinda da lavanderia.
- Zelar pela conservação e manutenção da unidade, comunicando ao Enfermeiro os problemas existentes.
- Auxiliar em rotinas administrativas do serviço de enfermagem.
- Levar aos serviços de diagnóstico e tratamento, o material e os pedidos de exames complementares e tratamentos.
- Receber e conferir os prontuários do setor competente e distribuí-los nos consultórios.
- Agendar consultas, tratamentos e exames, chamar e encaminhar pacientes.
- Preparar mesas de exames.
- Ajudar na preparação do corpo após o óbito.
- Utilizar recursos de informática.
- Executar outras tarefas de mesma natureza e nível de complexidade associadas ao ambiente organizacional.

Anexo F

Título: Punção venosa periférica com cateter sobre agulha (jelco)

Descrição da Instrução de Trabalho:

INÍCIO

26. Verificar a prescrição do paciente;
27. Higienizar as mãos, conforme NT CCIH 002;
28. Identificar o paciente através da pulseira de identificação;
29. Apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante;
30. Orientar o paciente explicando a necessidade da terapia intravenosa, a ação dos medicamentos e possíveis reações;
31. Avaliar a rede venosa periférica do paciente e escolher o local a ser puncionado, considerando: condições da rede venosa, velocidade, tempo de infusão e tipo de medicamento;
32. Separar e preparar o material;
33. Preparar medicamentos e/ou soroterapia de acordo com a ITT correspondente;
34. Levar a bandeja com os materiais para a unidade do paciente e colocá-la sobre a mesa de cabeceira do paciente;
35. Posicionar o paciente de forma segura e confortável;
36. Higienizar as mãos, conforme NT CCIH 002;
37. Calçar as luvas de procedimento;
38. Garrotear o membro, aproximadamente quatro dedos acima do local escolhido no adulto e dois dedos em neonatal. Não reaplicar o garrote na extremidade onde há pouco foi realizada uma tentativa de punção venosa, pois, um hematoma pode ser formado;
39. Fazer antisepsia do local com algodão umedecido com álcool á 70%, em sentido único, por fricção durante 30 segundos;
40. Aguardar o álcool secar por evaporação;
41. Esticar e aplicar tração leve sobre a veia com o polegar da mão não-dominante;
42. Introduzir o cateter com o bisel da agulha voltado para cima, em ângulo de aproximadamente 30° dependendo da localização da veia;
43. Ao perceber presença de sangue no lúmen do cateter, soltar o garrote, retirar o guia, adaptar o extensor e injetar a solução lentamente. Em caso de infiltração, queixa de dor ou fluxo interrompido, retirar o cateter e repetir o procedimento utilizando outro sítio de inserção e outro material, lembrando que múltiplas tentativas sem sucesso causam trauma ao paciente e limitam o acesso vascular. Se o vaso for transfixado e um hematoma se desenvolver, remova imediatamente o cateter e aplique pressão direta sobre o local por três minutos;
44. Fixar o cateter com o esparadrapo ou micropore identificando externamente com data, calibre do cateter e assinatura legível do responsável pela punção;
45. Em caso de terapia venosa intermitente, salinizar ou heparinizar o cateter de acordo com a prescrição e ver ITT correspondente;

46. Em caso de terapia venosa contínua adaptar linha de infusão, controlar a velocidade de infusão e fazer manutenção do acesso conforme ITT cuidados com dispositivos intravasculares;
47. Deixar o paciente seguro, confortável e a unidade em ordem;
48. Desprezar o material usado no expurgo atentando para o descarte do material perfuro cortante no recipiente próprio;
49. Retirar as luvas e higienizar as mãos conforme NT CCIH 002;
50. Registrar no prontuário a data, a hora, o local da punção, o tipo e calibre do cateter, a solução iniciada, o fluxo e se houve dificuldade para puncionar;
51. Assinar e carimbar.

VDTE/HC/UFMG. Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem, Hospital das clínicas, UFMG. **Instruções de Trabalho de Enfermagem Hospital das Clínicas da UFMG. Belo Horizonte, 2011**, p. 460-461.

Anexo G - NORMA TÉCNICA

Atuação dos enfermeiros e técnicos de enfermagem em hemoterapia

I. OBJETIVO

Estabelecer diretrizes para atuação dos Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem em Hemoterapia, a fim de assegurar uma assistência de Enfermagem competente, resolutiva e com segurança.

II. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Guia de Uso de Hemocomponentes. Série A. Normas e Manuais Técnicos. 1ª Edição. Brasília – DF, 2010. Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde. Disponível em:

http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_uso_hemocomponentes.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. Coordenação de Sistemas de Informação. Sistema Único de Saúde. Legislação Federal. Portaria do MS nº 2.712, de 12 de novembro de 2013. Redefine o regulamento técnico de procedimentos hemoterápicos, em todo o território nacional.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA - RDC nº 34, de 11 de junho de 2014 da ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária, que dispõe sobre as Boas Práticas no Ciclo do Sangue;

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Manual de orientações para promoção da doação voluntária de sangue / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Marco Conceitual e Operacional de Hemovigilância: Guia para a Hemovigilância no Brasil. – Brasília: ANVISA, 2015.

III. DEFINIÇÕES

Para efeito desta Norma Técnica são adotadas as seguintes definições:

Aquecimento de hemocomponentes: consiste no aquecimento de hemocomponentes através de equipamentos especiais e em temperatura controlada.

Indicações:

- Paciente adulto que receberá sangue ou plasma em velocidade superior a 15ml/kg/hora por mais de 30 minutos.

- Paciente pediátrico que receberá sangue ou plasma em velocidade superior a 15ml/kg/hora.
- Transfusões maciças (administração aguda de volume superior a uma vez e meia a volemia do paciente, ou a reposição com sangue estocado equivalente ao volume sanguíneo total de um paciente, em 24 horas).
- Paciente com altos títulos de anticorpo hemolítico frio com alta amplitude térmica, que reage a 37°C.
- Pacientes portadores de fenômeno de Raynaud.
- Exsanguineotransusão

Contraindicação: os componentes plaquetários não devem ser aquecidos devido à alteração de sua função.

Hemoterapia: é o emprego terapêutico do sangue, que pode ser transfundido como sangue total ou como um de seus componentes e derivados (hemoderivados).

Hemocomponentes: derivados sanguíneos obtidos por meio de processos físicos e são eles: concentrado de hemácias, plasma fresco congelado, concentrado de plaquetas e crioprecipitado.

Hemoderivados: derivados sanguíneos fabricados por meio da industrialização do plasma e são eles: albumina, imunoglobulinas e fatores da coagulação (Fator VII, Fator VIII, Fator IX, além dos complexos protrombínicos).

Evento adverso: resposta não intencional ou indesejada em doadores ou receptores associada à coleta ou transfusão de sangue e hemocomponentes.

Hemovigilância: conjunto de procedimentos de vigilância que abrange o ciclo do sangue, da doação à transfusão sanguínea, gerando informações sobre os eventos adversos resultantes da doação e do uso terapêutico de sangue e componentes. Estas informações são utilizadas para identificar riscos, melhorar a qualidade dos processos e produtos e aumentar a segurança do doador e paciente, prevenindo a ocorrência ou a recorrência desses eventos.

Protocolo: conjunto de regras escritas definidas para a realização de determinado procedimento.

Termo de consentimento livre e esclarecido: documento que expressa a anuência do candidato à doação de sangue, livre de dependência, subordinação ou intimidação, após explicação completa e pormenorizada sobre a natureza da doação, seus objetivos, métodos, utilização prevista, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, autorizando sua participação voluntária na doação e a destinação do sangue doado.

Termo de consentimento informado: documento que permite que o paciente possa tomar decisões sobre os tratamentos e procedimentos propostos a ele. Após haver recebido as informações pertinentes, o paciente ou responsável registrará com sua assinatura o documento consentindo ao profissional de saúde a realização de determinado procedimento diagnóstico ou terapêutico.

Transusão: é a transferência de sangue ou de um hemocomponente (componente do sangue) de um indivíduo denominado doador a um indivíduo denominado receptor.

Transusão intrauterina: É a transusão efetuada no concepto na fase intrauterina.

Transfusão de substituição ou exsanguineotransfusão: É a substituição do sangue de um paciente, através de remoções e reposições parciais e sucessivas, por sangue e/ou componentes.

IV. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO E TÉCNICO DE ENFERMAGEM EM HEMOTERAPIA

As instituições ou unidades prestadoras de serviços de saúde, tanto no âmbito hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, devem contar com um quadro de pessoal de enfermagem qualificado e em quantidade que permita atender à demanda de atenção e aos requisitos desta Norma Técnica.

A Equipe de Enfermagem em Hemoterapia é formada por Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem, executando estes profissionais suas atribuições em conformidade com o disposto em legislação específica – a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, e o Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987, que regulamentam o exercício da Enfermagem no País.

Por ser considerada uma terapia de alta complexidade, é vedada aos Auxiliares de Enfermagem a execução de ações relacionadas à Hemoterapia podendo, no entanto, executar cuidados de higiene e conforto ao paciente.

Os Técnicos de Enfermagem, em conformidade com o disposto na Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, e no Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987, que regulamentam o exercício profissional no País, participam da atenção de enfermagem em Hemoterapia, naquilo que lhes couber, ou por delegação, sob a supervisão e orientação do Enfermeiro.

De modo geral, compete ao Enfermeiro cuidados de Enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas:

1. Planejar, executar, coordenar, supervisionar e avaliar os procedimentos hemoterápicos e de Enfermagem nas Unidades, visando assegurar a qualidade do sangue, hemocomponentes e hemoderivados, coletados e infundidos;
2. Desenvolver e atualizar os protocolos relativos à atenção de enfermagem ao paciente em Hemoterapia, pautados nesta norma, adequadas às particularidades do serviço;
3. Estabelecer ações de treinamento operacional e de educação permanente, de modo a garantir a capacitação e atualização dos Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem que atuam em Hemoterapia;
4. Prescrever os cuidados de enfermagem;
5. Participar, como membro da equipe multiprofissional em Hemoterapia, do processo de seleção, padronização, parecer técnico para licitação e aquisição de equipamentos e materiais utilizados em Hemoterapia.
6. Desenvolver ações a fim de garantir a obtenção de parâmetro de qualidade que visam minimizar riscos e que permitam a formação de estoques de Hemocomponentes capazes de atender à demanda transfusional.
7. Atentar para que o manuseio de resíduos dos serviços e a higienização da área de coleta obedeçam às normas específicas e legislação vigente.
8. Participar de comissões de pesquisa, qualidade, biossegurança e ética, como membro da equipe multiprofissional.

9. Garantir que todas as atividades desenvolvidas pelo serviço de hemoterapia sejam registradas e documentadas de forma a garantir a rastreabilidade dos processos e produtos, desde a obtenção até o destino final, incluindo a identificação do profissional que realizou o procedimento.

10. Elaborar previsão quantiqualitativa do quadro de profissionais de enfermagem, necessários para a prestação da assistência de enfermagem de qualidade e livre de riscos e danos.

V. NORMAS GERAIS PARA ENFERMEIROS E TÉCNICOS DE ENFERMAGEM NA CAPTAÇÃO DO SANGUE

O processo de coleta do sangue pode se dar de duas formas, sendo a mais comum a coleta do sangue total. A outra forma, mais específica e de maior complexidade, realiza-se por meio de aférese¹.

1 **Aférese** é um termo derivado de uma palavra grega que significa “separar ou retirar”. O procedimento de aférese consiste na retirada do sangue total do indivíduo (neste caso, o doador), separação dos componentes sanguíneos por meio de centrifugação ou filtração, retenção do componente desejado numa bolsa e retorno dos demais componentes do sangue para o doador. Tudo isso é feito concomitantemente.

Compete ao Enfermeiro:

1. Proceder a triagem clínica, através de entrevista com o provável doador para avaliar os antecedentes clínicos e o estado de saúde atual, em ambiente que garanta a privacidade e o sigilo das informações prestadas;
2. Implementar ações visando preparar e orientar o doador/receptor e familiares quanto à Hemoterapia, seus riscos e benefícios, tanto em nível hospitalar como ambulatorial e residencial;
3. Solicitar assinatura do doador no termo de consentimento livre e esclarecido, no qual declara consentir em doar o seu sangue e na realização de testes laboratoriais;
4. Comunicar à equipe Multiprofissional, as intercorrências relacionadas à coleta de sangue de doadores;
5. Garantir o pronto atendimento ao doador que apresentar alguma reação adversa;
6. Notificar ao doador a causa motivante da rejeição, garantindo total sigilo das informações e quando necessário, proceder encaminhamento ao serviço de saúde de referência;
7. Manter medicamentos e equipamentos necessários para a assistência ao doador que apresente eventos adversos, assim como ambiente privativo para o seu atendimento.
8. Proceder as anotações de enfermagem.

Compete ao Técnico de Enfermagem:

1. Participar de treinamento, conforme programas estabelecidos, garantindo a capacitação e atualização referente às boas práticas em hemoterapia;
2. Promover cuidados gerais ao paciente de acordo com a prescrição de enfermagem ou protocolo pré-estabelecido;

3. Realizar os procedimentos prescritos ou de protocolo pré-estabelecido, com utilização de técnica asséptica;
4. Promover atenciosa identificação da bolsa e dos tubos com as amostras de sangue simultaneamente;
5. Comunicar ao Enfermeiro qualquer intercorrência advinda dos procedimentos hemoterápicos;
6. Proceder o registro das ações efetuadas, no prontuário/ficha do doador, de forma clara, precisa e pontual.

VI. NORMAS GERAIS PARA ENFERMEIROS E TÉCNICOS DE ENFERMAGEM NA HEMOTRANSFUSÃO

Compete ao Enfermeiro

1. Atentar para os tempos de início da transfusão, após o recebimento na unidade, conforme preconizado:
 - a. Eritrócitos e Concentrados de Hemácias: O tempo de infusão de cada unidade deve ser de 60 a 120 minutos em pacientes adultos. Em pacientes pediátricos, não exceder a velocidade de infusão de 20-30ml/kg/hora.
 - b. Concentrado de Plaquetas: o tempo de infusão da dose deve ser de aproximadamente 30 minutos em pacientes adultos ou pediátricos, não excedendo a velocidade de infusão de 20-30ml/kg/hora;
 - c. Plasma Fresco Congelado: o tempo máximo de infusão deve ser de uma hora.

Pré-procedimento

1. Garantir, sempre que possível, a assinatura do Termo de Consentimento informado, pelo paciente ou familiar/responsável;
2. Verificar a permeabilidade da punção, o calibre do cateter, presença de infiltração e sinais de infecção, para garantir a disponibilidade do acesso;
3. Confirmar obrigatoriamente a identificação do receptor, do rótulo da bolsa, dos dados da etiqueta de liberação, validade do produto, realização de inspeção visual da bolsa (cor e integridade) e temperatura, através de **dupla checagem** (Enfermeiro e Técnico de Enfermagem) para segurança do receptor;
4. Garantir que os sinais vitais sejam aferidos e registrados para analisá-los;
5. Garantir acesso venoso adequado, exclusivo e equipo com filtro sanguíneo;
6. Prescrever os cuidados de enfermagem relacionados ao procedimento;

Intra-procedimento

1. Confirmar, novamente a identificação do receptor, confrontando com a identificação na pulseira, e rótulo do insumo a ser infundido;
 - a. Verificar duas vezes o rótulo da bolsa do sangue ou hemoderivado para assegurar-se de que o grupo e tipo Rh concordam com o registro de compatibilidade;
 - b. Verificar se o número e tipo no rótulo do sangue ou hemoderivado no prontuário do paciente estão corretos confirmando mais uma vez em voz alta, o nome completo do paciente;

- c. Verificar o conteúdo da bolsa, quanto a bolhas de ar e qualquer alteração no aspecto e cor do sangue ou hemoderivado (as bolhas de ar podem indicar crescimento bacteriano; a coloração anormal ou turvação podem ser sinais de hemólise);
- d. Assegurar que a transfusão seja iniciada nos 30 (trinta) minutos após a remoção da bolsa do refrigerador do banco de sangue;
- 2. A transfusão deve ser monitorada durante todo seu transcurso e o tempo máximo de infusão não deve ultrapassar 4 (quatro) horas.
- 3. A transfusão deve ser acompanhada pelo profissional que a instalou durante os 10 (dez) primeiros minutos à beira do leito;
 - a. Nos primeiros 15 (quinze) minutos, infundir lentamente, não devendo ultrapassar a 5 ml/min;
 - b. Observar rigorosamente o paciente quanto aos efeitos adversos, e na negativa, aumentar a velocidade do fluxo;
 - c. Garantir o monitoramento dos sinais vitais a intervalos regulares, comparando-os;
 - d. Interromper a transfusão imediatamente e comunicar ao médico, na presença de qualquer sinal de reação adversa, tais como: inquietação, urticária, náuseas, vômitos, dor nas costas ou no tronco, falta de ar, hematúria, febre ou calafrios;
 - e. Nos casos de intercorrência com interrupção da infusão, encaminhar a bolsa para análise;
 - f. Recomenda-se a prescrição da troca do equipo de sangue a cada duas unidades transfundidas a fim de minimizar riscos de contaminação bacteriana.

Pós-procedimento:

- 1. Garantir que os sinais vitais sejam aferidos e compará-lo com as medições de referência;
- 2. Descartar adequadamente o material utilizado e assegurar que todos os procedimentos técnicos, administrativos, de limpeza, desinfecção e do gerenciamento de resíduos, sejam executados em conformidade com os preceitos legais e critérios técnicos cientificamente comprovados, os quais devem estar descritos em procedimentos operacionais padrão (POP) e documentados nos registros dos respectivos setores de atividades.
- 3. Todas as atividades desenvolvidas pelo serviço de hemoterapia devem ser registradas e documentadas de forma a garantir a rastreabilidade dos processos e produtos, desde a obtenção até o destino final, incluindo a identificação do profissional que realizou o procedimento. Devendo constar obrigatoriamente:
 - a. Data;
 - b. Horário de início e término;
 - c. Sinais vitais no início e no término;
 - d. Origem e identificação das bolsas dos hemocomponentes transfundidos;
 - e. Identificação do profissional que a realizou; e
 - f. Registro de reações adversas, quando for o caso.
- 4. Monitorar o paciente quanto a resposta e a eficácia do procedimento;

Compete ao Técnico de Enfermagem:

- 1. Cumprir a prescrição efetuada pelo Enfermeiro;
- 2. Aferir sinais vitais no pré, intra e pós – procedimento transfusional;
- 3. Observar e comunicar ao Enfermeiro qualquer intercorrência;

4. Monitorar rigorosamente o gotejamento do sangue ou hemoderivado;
5. Proceder ao registro das ações efetuadas, no prontuário do paciente, de forma clara, precisa e pontual;
6. Participar de treinamentos e programas de educação.

Fonte: Cofen Resolução 511/2016. Disponível em:

<<http://www.coren-df.gov.br/site/publicada-norma-tecnica-sobre-atuacao-da-enfermagem-em-hemoterapia/>>