

(Im)possibilidades na gestão da saúde e segurança de uma equipe de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva – UTI de um hospital no interior de Minas Gerais

Thaís Sant’ Ana Cunha Lima

Engenheira de Saúde e Segurança. Discente do Mestrado em Desenvolvimento, Tecnologias e Sociedade (DTecS), da Universidade Federal de Itajubá – UNIFEI

✉ thaisscl@gmail.com

Geraldo Fabiano de Souza Moraes

Doutor em Ciências da Reabilitação pela Universidade Federal de Minas Gerais.

Professor Adjunto IV da Universidade Federal de Itajubá - Campus Itabira.

Professor Permanente no Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Desenvolvimento, Tecnologia e Sociedade (DTecS)

✉ geraldomoraes@unifei.edu.br

Davidson Passos Mendes

Doutor em Educação pela Universidade Federal de Minas Gerais.

Professor Associado da Universidade Federal de Itajubá - Campus Itabira.

Professor Permanente no Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Desenvolvimento, Tecnologia e Sociedade (DTecS)

✉ davidsonmendes@unifei.edu.br

Recebido em 11 de novembro de 2020

Aceito em 28 de novembro de 2022

Resumo:

Este artigo tem como objetivo identificar as estratégias de regulação, individuais e coletivas, adotadas por uma equipe de enfermagem em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI), para gerir as variabilidades e atingir os objetivos produtivos e de gestão da saúde e segurança no setor e no contexto analisado. A metodologia empregada no estudo tem embasamento na Análise Ergonômica do Trabalho (AET) e na Ergologia. Como resultado, ficou evidenciado que estratégias individuais e coletivas são realizadas a todo o momento para suprir as variabilidades impostas pelo meio, gerir os riscos do processo, que é complexo e que demanda uma necessária cooperação do coletivo, cuja regulação se efetiva na ressingularização frente às normas locais, necessárias para a construção e atualização de saberes frente ao risco e constrangimentos impostos, além do excesso de rotatividade que causa impactos no setor, como perda de saberes, valores e desestruturação desse coletivo, que é estruturante.

Palavras-chave: Ergonomia, Ergologia, Equipe de Enfermagem, Unidade de Terapia Intensiva.

(Im)possibilities in Health Management and safety of a nursing team in an intensive care unit - ICU of a hospital in the interior of Minas Gerais

Abstract:

This article aims to identify the regulatory strategies, individual and collective, adopted by a nursing team in an Intensive Care Unit (ICU), to manage the variability and achieve the productive and health and safety management objectives in the sector and in the analyzed context. The methodology used

in the study is based on the Ergonomic Analysis of Work (EAW) and Ergology. As a result, it became evident that individual and collective strategies are carried out at all times to supply the variability imposed by the environment, to manage the risks of the process, which is complex and demands a necessary cooperation from the collective, whose regulation is effective in resingularization in the face of local standards, necessary for the construction and updating of knowledge in view of the risk and constraints imposed, in addition to the excess of turnover that causes impacts on the sector, such as loss of knowledge, values and the destructuring of this collective, which is structuring.

Keywords: Ergonomics, Ergology, Nursing Team, Intensive Care Unit.

(Im)possibilidades en la gestión sanitaria y seguridad de un equipo de enfermeira en una unidad de cuidados intensivos – UCI de un hospital del interior de Minas Gerais

Resumen:

Este artículo tiene como objetivo identificar las estrategias regulatorias, individuales y colectivas, adoptadas por un equipo de enfermería en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), para gestionar la variabilidad y alcanzar los objetivos de gestión productiva y de salud y seguridad en el sector y en el contexto analizado. La metodología utilizada en el estudio se basa en el Análisis Ergonómico del Trabajo (AET) y la Ergología. Como resultado, se puso de manifiesto que en todo momento se llevan a cabo estrategias individuales y colectivas para suplir la variabilidad que impone el entorno, para gestionar los riesgos del proceso, que es complejo y exige una necesaria cooperación del colectivo, cuya regulación es eficaz en la resingularización ante la estándares locales, necesarios para la construcción y actualización del conocimiento ante el riesgo y las limitaciones que se imponen, además del exceso de rotación que genera impactos en el sector, como la pérdida de conocimiento, valores y la desestructuración de este colectivo, que es estructural.

Palabras clave: Ergonomía, Ergología, Equipo de enfermería, Unidad de terapia intensiva.

INTRODUÇÃO

O trabalho é entendido como unidade problemática entre a atividade humana, as condições reais de trabalho e os resultados efetivamente obtidos. As situações ocupacionais condensam as marcas da história humana do trabalho por meio dos conhecimentos acionados, os sistemas produtivos, as tecnologias utilizadas, as formas de organização, os procedimentos escolhidos, os valores de uso selecionados e, por detrás, as relações sociais que se entrelaçam e opõem os homens entre si (CUNHA, 2007; SCHWARTZ, 2003).

Segundo Antunes (2013), o trabalho é condição para a vida social, tornando-se fundamental para a vida humana. É também por meio do trabalho que o humano se diferencia de todas as outras formas pré-humanas, principalmente por serem dotados de consciência, uma vez que concebem previamente o seu objeto de trabalho.

O mundo do trabalho contemporâneo tem passado por profundas transformações, que podem ser observadas na organização do trabalho atual, nas novas formas produção, de

gestão, relações de trabalho e dos padrões de saúde-doença (MACÊDO *et al.*, 2016; FARIA, 2017).

Neste contexto, todos os setores têm sofrido as consequências dessas mudanças, em especial na produção de serviços, com maior impacto, uma vez que a atividade laboral exige maior contato com o cliente final. Tanto o hospital, quanto os outros equipamentos da rede assistencial (Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Pronto-atendimento, Centros de Atenção Psicossocial, etc) têm se mostrado como um importante e grave foco de problemas relacionados à Saúde do Trabalhador e Segurança do Trabalho o que exige, de modo crescente, intervenções preventivas (MENDES; CUNHA, 2018). Tais repercussões da atividade de trabalho sobre a saúde têm sido conformadas em processos de desgaste e adoecimento variados, entre os quais destacam-se as LER/DORT, variadas manifestações de adoecimento psíquico e os acidentes de trabalho (MENDES; CUNHA, 2018; CALVO *et al.*, 2022).

Dentro deste contexto e diante da complexidade envolvida no setor, por ser uma unidade de risco, repleta de normas e rotinas, com elevado número de procedimentos normativos, o papel do enfermeiro é fundamental, imprescindível e, muitas vezes, invisível. A atividade exige deste profissional, além de conhecimento científico, responsabilidade, habilidade técnica, estabilidade emocional e outros recursos aliados ao conhecimento de relações humanas, o que tem favorecido a administração de conflitos, que são frequentes, em especial, pela diversidade dos profissionais ali atuantes e do “mosaico de feudos compartimentados” (STUMM; MAÇALAI; KIRCHNER, 2006; MENDES; CUNHA, 2018; CALVO *et al.*, 2022).

A Unidade de Terapia Intensiva - UTI dentro do contexto Hospitalar é apontada por alguns autores como um dos ambientes mais agressivos, exaustivos e sobrecarregados do hospital; caracteriza-se como ambiente tenso, local onde a morte é uma constante, em que os sentidos estão sempre aguçados e alertas para qualquer situação de urgência, onde há ruídos excessivos, grande fluxo de profissionais, dificuldade nas relações intra e interprofissionais, pouca comunicação e muitos aparelhos, ansiedade dos familiares, rotinas rígidas e inflexíveis e rapidez dos atendimentos que influenciam no cuidado dos trabalhadores da saúde (NASCIMENTO; TRENTINI, 2004; ELIAS; NAVARRO, 2006; SANTOS; OLIVEIRA; MOREIRA, 2006; SANCHES *et al.*, 2007; MONTEIRO *et al.*, 2013).

O enfermeiro que cuida de pacientes internados em UTI se defronta constantemente com o binômio vida/morte devido às características deste local. Neste cenário se faz necessária a priorização de procedimentos técnicos de alta complexidade, fundamentais para manter a vida do ser humano (MARTINS *et al.*, 2009; CAMELO, 2012).

Este estudo teve como objetivo se fazer revelar o trabalho do enfermeiro em uma UTI, identificar as variabilidades, as estratégias de regulações individuais e coletivas adotadas no contexto do trabalho e as (im)possibilidades de enfrentamento para atingir os objetivos produtivos e a gestão eficaz da saúde e segurança ocupacional neste ambiente.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa e descritiva, de corte transversal e com aporte da Ergonomia, como propedêutica e da Ergologia, como aprofundamento epistemológico, que possuem ferramentas pertinentes para fazer aflorar a atividade de trabalho e, por meio desta, apreender os saberes e valores ali envolvidos (MENDES; CUNHA, 2018; CALVO *et al.*, 2022).

Entre os métodos utilizados para compreender o trabalho, aplicou-se a este estudo a Análise Ergonômica do Trabalho (AET) (GUÉRIN *et al.*, 2010), que tem como finalidade o estudo profundo da atividade de trabalho para poder transformá-la e a Ergologia, que incorpora e aprofunda as contribuições da ergonomia (CALVO *et al.*, 2022).

Este estudo foi aprovado, via Plataforma Brasil, pelos Comitês de Ética em Pesquisa (Proponente e co-participante) e está de acordo com o que é estabelecido pela Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.

Referencial Teórico

A ergonomia estuda o ser humano em situação de trabalho, utilizando metodologias e teorias voltadas para a compreensão da ação, do fazer, no intuito de transformar o trabalho, adaptando-o às características humanas (GUERIN *et al.*, 2010).

A ergonomia se faz necessária para que se compreenda todo o processo de trabalho, conhecendo as variabilidades presentes na atividade real vivenciada diariamente pelo

operador, que põe em prática uma série de regulações para enfrentar os constrangimentos dessa atividade ao se tentar realizar o trabalho com sucesso (ALMEIDA; VILELA, 2010).

O trabalho prescrito é tudo aquilo que é definido antecipadamente pela organização e fornecido ao trabalhador para que o mesmo possa realizar o trabalho. Ou seja, é “o trabalho que foi determinado, ‘cientificamente pensado’ por pessoas que fizeram cálculos de tempo, de eficácia, portanto, que estudaram e estruturaram, “detalhadamente” as tarefas a serem executadas visando a menor perda de tempo (SCHWARTZ; DURRIVE, 2010). Já o trabalho real é o trabalho como ele é de fato desenvolvido, em condições reais de execução, cujos resultados são aqueles realmente obtidos, frente às variabilidades (pessoas, equipamentos/meios, processos e ambientes), impossíveis de serem previamente antecipadas. É no espaço entre o trabalho prescrito e o trabalho real que se inscreve a realidade da atividade humana em meios profissionais (GUERIN *et al.*, 2010).

A ação ergonômica convida a todos aqueles que participam da concepção do trabalho a observar o que liga as condições materiais e organizacionais do trabalho a seus resultados, levando em consideração desde o início, a atividade real de trabalho, ampliando assim o coletivo envolvido na concepção e os objetivos da concepção, ratificando os trabalhadores, individual e coletivamente, como atores de seu trabalho, da construção de sua saúde e de suas competências, colocando em evidência o trabalho real em relação ao prescrito (GUERIN *et al.*, 2010).

Na análise das situações de trabalho, a ergonomia da atividade e a ergologia, consideram, de modo particular, a distância sempre existente entre as prescrições das tarefas a serem realizadas e o trabalho real (MENDES; ECHTERNACHT, 2006; MENDES; MORAES; MENDES, 2011).

A ergologia tem na ergonomia da atividade uma propedêutica, pois, em ambas as abordagens, herda-se a hipótese da existência de uma atividade que faz a experiência operária dos modos de produção, cujo desvelamento somente é possível no diálogo entre pesquisadores e trabalhadores. Os percursos metodológicos na ergologia buscam dimensionar esse “ser inteiro” por meio da noção de “corpo-si” – homem, ser singular, vivo e sociocultural – nas situações de trabalho (SCHWARTZ, 1987; CUNHA, 2014).

O trabalhador é constantemente confrontado com variabilidades na realização de suas atividades, sendo-lhe impossível escapar de micro-escolhas rotineiras. Diante disso, o corpo-

si é o árbitro e gestor dessas variabilidades que o impulsionam a escolher entre trabalhar “por si” e “pelos outros”, gerindo, assim, seu trabalho. Essa gestão é atravessada por economias do corpo, por sinalizações sensoriais e visuais, por um tipo de inteligência que passa pelo muscular, pelo neurofisiológico, mas que em seguida passa pela inconsciência do próprio corpo e pelo histórico. Em decorrência, a entidade que arbitra e decide não é inteiramente biológica, nem inteiramente consciente ou cultural, e é por isso que a ideia de corpo-si é posta como preferível às noções de sujeito ou de subjetividade (SCHWARTZ; DURRIVE, 2010).

Na ergologia, a análise é feita a partir “do ponto de vista daquele que trabalha” e se constitui no intuito de investigar o permanente debate de normas e de valores que renovam indefinidamente a atividade humana, concentrando-se sobre a relação que a pessoa estabelece com o meio no qual está engajada, evidenciando a defasagem entre o trabalho prescrito e o trabalho real (SCHWARTZ; DURRIVE, 2010; CALVO *et al.*, 2022).

O interesse da ergologia está em reincorporar os trabalhadores enquanto sujeitos ético-políticos, históricos, socioculturais e epistemológicos. Esse interesse exige um esforço de ‘observar o trabalho com uma lupa’, implicando um aprofundamento das dimensões micro e macrosociais; da singularidade dos sujeitos e as diversas conjunturas político-sociais e econômicas. Na perspectiva da ergologia, o inter, o multi e o transdisciplinar são caminhos possíveis para que se compreenda a complexidade das atividades humanas em situações de trabalho (SCHWARTZ, 2000; CUNHA, 2007; 2014).

Para a abordagem ergológica do trabalho, 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 isto, o trabalho prescrito não poderia ser realizado. Para a ergologia, se há distância entre o prescrito e o real no trabalho, é inevitável, neste hiato, inscreverem-se as renormalizações (CUNHA, 2007).

Toda atividade de trabalho encontra saberes acumulados nos instrumentos, nas técnicas, nos dispositivos coletivos; toda situação de trabalho está saturada de normas de vida, de formas de exploração da natureza e dos homens uns pelos outros. A compreensão da singularidade e complexidade da atividade de trabalho permite entender o trabalhador como ser humano: com instintos, emoções, necessidades, escolhas e decisões – estas últimas, muitas vezes, são tomadas com base em experiências passadas, com ação no presente e efeito no futuro. Isso porque, ao realizar seu trabalho, o trabalhador sempre o transforma,

renormalizando-o por meio de suas superações e como forma de enfrentamento das suas imposições (SCHWARTZ, 2003; CUNHA, 2007; MENDES; CUNHA, 2018).

Procedimento de produção dos dados

Após o levantamento da demanda de estudo do hospital e sua consequente instrução, foi estabelecido o local de recorte (necessário para aprofundamento teórico e metodológico), com o objetivo de atingir os objetivos propostos. Após uma análise geral dos subsetores que compunham o setor de urgência hospitalar, foi realizado o recorte da pesquisa e, posteriormente, acordado entre as partes que a mesma seria realizada na UTI-I e, também, foram determinados os horários das visitas técnicas para o desenvolvimento da pesquisa.

As visitas técnicas se deram com o acompanhamento de uma enfermeira responsável, pelo fato das UTI serem consideradas áreas restritas do hospital. Foram realizadas observações gerais no setor com o intuito de compreender o processo técnico das tarefas e atividades ali desenvolvidas, além da dinâmica de trabalho entre os colaboradores. Posteriormente, por meio de um questionário semiestruturado, foram produzidos dados sociodemográficos dos participantes como idade, gênero, grau de escolaridade, setor de trabalho e tempo de serviço.

Observações sistemáticas foram realizadas com o objetivo de compreender com profundidade os processos técnicos das atividades ali realizadas, a rotina de trabalho do setor, como se caracterizava as relações de trabalho e, posteriormente, por meio de entrevistas de auto confrontação (simples e cruzada), verbalizações dos trabalhadores envolvidos foram levantadas, transcritas, confrontadas e, posteriormente, validadas pelos mesmos. A realização de técnicas de confrontação simultânea em determinadas situações se fez necessária, também, para se fazer aflorar as dificuldades vivenciadas no setor, assim como as regulações exercidas pelos colaboradores para a realização do trabalho.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Características do hospital

O hospital, objeto de estudo deste trabalho, é referência microregional em urgência/emergência, traumatologia, maternidade, hemodiálise, média complexidade geral e terapia intensiva. Além da cidade onde está localizado, atende outras 12 cidades no entorno e uma população estimada de 220 mil pessoas no total. É também referência macroregional em serviços de alta complexidade em oncologia e serviço de terapia renal substitutiva – STRS para uma população estimada em 500 mil habitantes.

O Setor de Urgência Hospitalar é composto por três subsetores, sendo eles o Pronto Socorro, Bloco Cirúrgico e duas Unidades de Terapia Intensiva - UTI. Cada uma das UTI's possui 10 leitos. A UTI-I possui também um leito reserva. Na UTI-II são alocados apenas pacientes oriundos do Sistema Único de Saúde-SUS e na UTI-I são alocados pacientes tanto do SUS, quanto de outros convênios, sendo 30% de pacientes oriundos do SUS e 70% de pacientes oriundos de Convênios.

Após uma análise geral de todos estes subsetores, foi acordado junto à direção técnica do hospital e a gerente das UTI's que a pesquisa seria conduzida na UTI-I, composta por uma equipe multiprofissional, com médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, farmacêuticos fonoaudiólogos, fisioterapeutas, psicólogos e auxiliares administrativos.

Objeto de estudo: a unidade de terapia intensiva analisada

A UTI-I é composta por 11 leitos, sendo 10 leitos utilizados frequentemente e um leito denominado “reserva” que é utilizado em casos de extrema urgência, já que não possui todos os equipamentos necessários para a assistência ao paciente. O setor possui também uma pequena farmácia contendo os principais fármacos ali utilizados, sala para depósitos de equipamentos, um posto de trabalho amplo composto por uma bancada, armários e computadores, uma sala utilizada para reuniões entre funcionários do hospital e com familiares dos pacientes, quando necessário, além de um lavatório e recepção, e também uma área de descanso para os funcionários contendo banheiros, pequena cozinha e sala de descanso como mostrado na Figura 1, a seguir.

Figura 1. Croqui da UTI-I

Fonte: Própria.

O setor é composto por um quadro fixo de funcionários, contendo 20 enfermeiros e quatro supervisores que se dividem em dois turnos com escala de trabalho de 12 por 36 horas, uma técnica de enfermagem, um farmacêutico e um auxiliar administrativo em turno com horário administrativo, funcionários que trabalham sob demanda com escala variada como fisioterapeutas, fonoaudiólogos e psicólogos, além de sete médicos que se revezam em plantões de 12 e 24 horas e a gerente que é responsável pelas duas UTI em horário administrativo.

Dentre as quatro equipes de enfermagem presentes na UTI-I, compondo o quadro fixo de funcionários, foram analisadas duas equipes do período diurno, cada uma delas contendo cinco enfermeiros e uma supervisora em escala de trabalho 12 por 36 horas e uma técnica de enfermagem em horário administrativo, trabalhando nas duas equipes, renomeadas como equipe 1 e 2 neste estudo.

Na equipe 1, a profissional com mais tempo de serviço é a supervisora, sendo 11 anos de experiência na UTI e 15 anos anteriores em outros setores do mesmo hospital. A funcionária com menor experiência, possuía apenas 1 mês no setor, sendo a média de experiência de 1,88 anos, todas do gênero feminino, e com faixa etária variando entre 25 e 53 anos.

Na equipe 2 o enfermeiro com maior experiência possuía 15 anos no setor, e com menor experiência dois meses, a média de experiência do setor foi de 4,83 anos, sendo 60% do sexo feminino, e a faixa etária entre 26 e 57 anos. Durante a pesquisa esta equipe foi supervisionada por 4 enfermeiras distintas.

O plantão diurno era entre 7:00 e 19:00 horas, os cinco enfermeiros entre assistencialista e atendentes se dividiam entre os 10 pacientes alocados na UTI-I, sendo cada um responsável por dois leitos e a troca de leitos realizadas a cada dois plantões. Sendo assim, em uma semana, por exemplo, um único enfermeiro passava por quatro leitos distintos.

O olhar sob a atividade por meio de uma lupa

O trabalho do enfermeiro em uma UTI é caracterizado por atividades assistenciais e gerenciais complexas que exigem competência técnica e científica, cuja tomada de decisões e adoção de condutas seguras estão diretamente relacionadas à vida e à morte das pessoas (CAMELO, 2012).

As funções a serem desempenhadas pela equipe de enfermagem são variáveis, uma vez que o setor recebe diversos tipos de pacientes com suas respectivas enfermidades e gradações de complexidade assistencial. Independente do quadro do paciente, existem algumas tarefas que são desempenhadas diariamente. São responsabilidades do enfermeiro: atualização do prontuário tanto de forma escrita como digital por meio de um sistema utilizado no setor, higienização, alimentação, medicação, verificação de sinais vitais, verificação do bom funcionamento dos equipamentos ali utilizados como ventiladores mecânicos, entre outros; locomoção do paciente para realização de exames internos, auxílio em procedimentos como exames de Raio-X e hemograma dentro do próprio setor ou procedimentos realizados pelos fisioterapeutas, fonoaudiólogos e psicólogos.

A higienização do paciente é sempre realizada no período da manhã e por se tratar de uma UTI, são realizados três tipos de banhos. O banho para pacientes com dificuldade de locomoção que, dependendo da enfermidade, é realizado por duas ou três enfermeiras no leito, o banho de chuveiro realizado pelo enfermeiro e banho de chuveiro auxiliado pelo enfermeiro. Já a higienização dos leitos e dos equipamentos ali utilizados é de

responsabilidade do setor de serviços gerais do hospital em conjunto com a técnica de enfermagem do setor.

A alimentação pode ser dada por meio de cateter central, sonda nasogástrica, por boca com auxílio do enfermeiro ou, em alguns casos, pode ser entregue ao paciente quando este já não mais possui dificuldades motoras para se alimentar. As refeições são entregues no setor pela equipe de nutrição. Antes de todas as refeições, os enfermeiros conferem a dieta prescrita pela equipe de nutrição no prontuário do paciente, uma vez em que conflitos de informação entre os setores são recorrentes.

Para a realização de exames dentro da UTI, como Raio-X e hemograma, mesmo sendo realizado por equipe terceirizada é necessário o auxílio do enfermeiro responsável pelo leito, já outros tipos de exames, como cardíacos, que são realizados em outro setor do hospital, a locomoção do paciente é necessária, sendo realizado por um ou dois enfermeiros, dependendo do quadro clínico do paciente.

As medições dadas aos pacientes são anteriormente prescritas pelos médicos, após a prescrição é verificado no setor de farmácia dentro da própria UTI a disponibilidade daquele fármaco e então a medicação é preparada pelo farmacêutico, e após conferência da supervisora do plantão é entregue ao enfermeiro para que o mesmo possa medicar o paciente. O controle dos horários das medicações é de responsabilidade do enfermeiro destinado aquele leito.

O supervisor da equipe exerce atividades técnicas e administrativas, é ele o detentor de maior conhecimento e vivência técnica da equipe. Além de supervisionar os serviços prestados pelos membros da equipe, gerencia todos os leitos, uma vez que é quem discute os casos clínicos dos pacientes com a equipe médica, de fonoaudiólogos, fisioterapeutas e psicólogos, e realiza atividades consideradas de maior urgência junto à equipe médica como em casos de parada cardiorrespiratória, realização de acessos a via aérea avançada, entre outras.

O horário de visita do setor sempre ocorre em horário diurno no período da tarde. O supervisor, junto a equipe médica é responsável por comunicar o quadro clínico do paciente aos seus familiares e, é ele quem também realiza reuniões com esses familiares em conjunto com os psicólogos da equipe quando necessário.

Além de reuniões com os familiares dos pacientes, os supervisores e a gerente das UTI realizam reuniões, quase que diariamente, com outros membros do setor administrativo do Hospital. Os supervisores das equipes e a gerente também são responsáveis pela liberação de leitos para a entrada de novos pacientes e agendamento de leito/quarto junto aos convênios ou no sistema do SUS quando o paciente recebe “alta” da UTI-I, pela marcação de exames realizados de forma externa e pela solicitação de transporte dos pacientes para a realização destes exames.

A entrada de pacientes na UTI-I se dá por meio de várias formas, sendo interna, recebendo pacientes oriundos do Pronto Socorro, leitos do próprio Hospital, e do Bloco Cirúrgico, por internação pré-agendadas como em casos de cirurgias cardíacas que só podem ser realizadas caso haja vaga em uma das UTI, ou por internação não pré-agendadas como em casos de piora no quadro do paciente oriundo de alguma intercorrência no pós-cirúrgico, e de forma externa por meio de pacientes transferidos do outro hospital da mesma cidade e de outros hospitais da região.

A “liberação de leitos” é realizada de duas formas: 1) para pacientes do SUS há um sistema específico para a seleção e direcionamento das vagas que, por meio do próprio sistema, é realizado automaticamente; 2) pacientes que possuem convênios ou atendimento particular; esta reserva de vagas é realizada por uma funcionária específica do hospital que não está alocada na UTI-I em conjunto com as supervisoras de cada plantão e da gerente do setor. Estas mesmas funcionárias também são responsáveis pela realocação do paciente para o leito/quarto quando o mesmo recebe “alta” da UTI-I. Todos os dias pela manhã nas trocas de turnos, a gerente em conjunto com a supervisora e o médico do plantão, realizam uma análise do quadro dos pacientes ali alocadas para possíveis “altas” e liberação dos leitos ocupados pelos mesmos.

Por se tratar de um hospital de médio porte, o mesmo não possui todos os equipamentos necessários para a realização de alguns exames, sendo necessário, na maioria das vezes, a locomoção do paciente para a realização destes exames. A “marcação de exames externos” é de responsabilidade da supervisora que está no plantão em conjunto com a gerente e outra funcionária do Hospital que não está alocada na UTI-I. O procedimento para marcação de exames externos é realizado de duas formas: quando se trata do SUS, por meio do sistema do mesmo, e quando direcionado a um convênio ou atendimento particular, o

pedido é realizado pela funcionária externa às UTI que fica responsável pela comunicação entre as partes.

Devido ao quadro clínico dos pacientes internados na UTI-I, a realização dos exames externos de forma segura só é possível por meio de transporte fornecido por ambulâncias. Pacientes do SUS são transportados pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU e outros pacientes por ambulâncias dos respectivos convênios dos mesmos. Em ambos os casos, solicitações prévias são necessárias, sendo de responsabilidade da equipe de enfermagem em conjunto com funcionários administrativos externos à UTI-I.

Para que o paciente alocado na UTI-I possa realizar exames fora do Hospital, além do acompanhamento do médico do convênio ou do SUS que já está na ambulância, é necessário o acompanhamento de um médico do setor de Urgência deste Hospital, que é também quem aguarda o resultado destes exames no local quando possível, devido ao quadro clínico de cada paciente.

O estoque de materiais e insumos utilizados nas duas UTI é de responsabilidade da gerente do setor, que realiza consultas diárias junto às supervisoras das equipes, por meio de ligações ou indo diretamente no setor, realizando assim o seu controle de estoque. Quando algum material específico tem que ser solicitado junto ao plano do paciente, essa solicitação é realizada inicialmente pela supervisora, que encaminha o pedido para a gerente e posteriormente a funcionária responsável pelas solicitações de convênios do Hospital. O que acaba ocasionando, em muitos casos, uma demora no trato do paciente.

Como visto, além das demandas específicas no cuidado ao paciente que se encontra em uma situação crítica em uma UTI, é notório as dificuldades enfrentadas devido à falta de insumos e demora nos prognósticos dos pacientes, uma vez que alguns resultados de exames demoram a ficarem prontos. A comunicação entre Organização e convênios é ineficaz, gerando uma sobrecarga na equipe de enfermagem.

A atividade de trabalho é atravessada de história, encontra saberes acumulados nos instrumentos, nas técnicas, nos dispositivos coletivos, toda situação de trabalho está saturada de normas de vida, de forma da exploração da natureza e dos homens uns pelos outros (SCHWARTZ, 2003; CUNHA, 2007; MENDES; CUNHA, 2018).

Uma vez que, cada equipe se organiza mais ou menos diferente uma da outra, elas devem se comunicar, trocar informações, pois cada equipe é gerida de forma “personalizada” (SCHWARTZ, 2003). Entre os trabalhadores da UTI não é diferente.

O início do expediente de trabalho se dá na troca de plantões onde há o compartilhamento de saberes entre enfermeiros de diferentes equipes por meio de verbalizações que segundo os mesmos não podem ser expressas por meio de prontuários e histórico dos pacientes. Esse momento é considerado de extrema importância para as equipes na continuidade no trato do paciente.

A necessidade de suprir lacunas deixadas pelas prescrições, faz com que o enfermeiro crie estratégias de regulação tanto individuais como coletivas para a antecipação de resultados (MENDES; CUNHA, 2018).

Uma estratégia coletiva que se apresenta é no horário do banho do paciente, que em sua maioria se dá no próprio leito, devido ao quadro clínico do paciente. A norma coloca que cada enfermeiro seja responsável por dois leitos e conseqüentemente é ele o único responsável pelo banho dos pacientes. Na prática para uma maior comodidade do paciente, evitando dores e para uma maior agilidade neste serviço, não comprometendo outros realizados no setor, o banho é dado em duplas.

Em outra situação recorrente, no transporte internos dos pacientes no hospital para a realização de exames, que é função do enfermeiro responsável pelo leito específico, a necessidade de sua saída faz com que o outro leito pelo qual é responsável fique sem assistência imediata, tendo que deixar o paciente sob observação de outro enfermeiro, sobre este fato uma das enfermeiras da equipe 2 relata:

Nós aqui ficamos responsáveis por dois pacientes por plantão, então quando tenho que levar um pra fazer exame tenho que avisar as outras enfermeiras que estou saindo pra ficar de olho né, porque às vezes demora. (Verbalização da enfermeira).

Devido ao quadro clínico de alguns pacientes, esse transporte interno no Hospital é realizado por dois enfermeiros, vale salientar que cada enfermeiro é responsável por dois leitos, sendo assim quando dois enfermeiros têm que sair do setor para acompanhar um paciente, três outros pacientes ficam sem a devida assistência direta, impactando e

sobrecarregando todo o coletivo de trabalho. Quando questionada sobre essa situação, uma das enfermeiras da equipe 2 relata:

Quando o paciente está melhorzinho a gente leva sozinho mesmo na cadeira, quando está mais instável tenho que pedir alguém pra ajudar pra levar na maca, aí vamos de duas. (Verbalização da enfermeira).

O hospital realiza o dimensionamento de pessoal por meio da classificação de paciente, onde se define o quantitativo de pessoal necessário para os cuidados semi-intensivos e intensivos no setor.

Segundo uma das supervisoras o quantitativo de pessoal consegue suprir as necessidades do setor. No entanto, quando perguntada sobre um número ideal de enfermeiros para a UTI, a mesma considera necessário ter um enfermeiro para cada paciente em estado grave como exemplo cita os pacientes oriundos de cirurgias de grande porte. Vale salientar que esses pacientes são recorrentes no setor, evidenciando a distância entre o prescrito e o real da atividade de trabalho e a invisibilidade da carga de trabalho dos operadores ali inseridos frente à organização.

As dificuldades vivenciadas no transporte dos pacientes são ainda mais evidenciadas nos depoimentos referentes aos exames de Raio-X que são realizados dentro da UTI analisada, mesmo tendo um setor apropriado para estes tipos de exame no hospital, a equipe de enfermagem prefere que sejam realizados ali para que não haja necessidade de deslocamento.

Segundo Mendes e Cunha (2018), o risco pode ser definido a partir de três componentes básicos: o seu potencial de perdas e danos, a incerteza das perdas e danos e a relevância das perdas e danos, sendo o risco a probabilidade de danos multiplicada pela magnitude das consequências em função do tempo.

A percepção de riscos no trabalho é caracterizada pela heterogeneidade, pela ambivalência e pela incerteza. Analisar essa percepção do risco e como é gerido no trabalho, implica em acessar as singularidades das experiências individuais e coletivas do reconhecimento e hierarquização destes riscos (AREOSA, 2012; CALVO *et al.*, 2022).

No ambiente hospitalar, há uma multiplicidade de riscos para os trabalhadores de enfermagem, como os riscos biológicos, químicos, ergonômicos e físicos. Entre estes citados, se destaca no setor analisado a exposição ao risco físico oriundo da radiação, a qual há exposição durante a realização de exames por meio dos aparelhos de Raio-X, muito utilizados em Unidades de Terapia Intensiva (HIPOLITO *et al.*, 2011).

Para que os exames de Raio-X ocorram dentro do setor, é necessário um instrumento portátil, o qual é manuseado pelo técnico especializado de uma empresa terceirizada, para que o mesmo consiga realizar o exame é necessário a colocação de um “chassi” de material plástico no paciente, o qual é colocado pelo enfermeiro responsável pelo leito.

Em uma determinada ocasião para realização de exame de Raio-X em um paciente oriundo do bloco cirúrgico com múltiplas lesões, em estado de consciência, com limitação de movimentos, em utilização de sondas para eliminação e cateter de oxigênio. A técnica da empresa terceirizada responsável pelo exame, junto a enfermeira do leito tentaram colocar o “chassi” junto às costas do paciente, sendo necessária uma pequena locomoção do mesmo, que reclama incessantemente de dores, o que faz com que a enfermeira pare o processo, com a insistência da técnica, o processo recomeçou e com o auxílio do fisioterapeuta e outro enfermeiro do setor o “chassi” foi colocado no paciente, a enfermeira responsável pelo leito não se afasta de maneira segura do aparelho de radiação, uma vez que o paciente estava muito instável segundo a mesma, ela continuou próxima ao paciente e, conseqüentemente, ao aparelho. Outros colaboradores próximos se afastam, mas não a proteção efetiva no setor, uma vez que as paredes que separam os leitos são de material plástico, e o restante da equipe não faz uso de Equipamentos de Proteção para a exposição a este risco.

Mesmo reconhecendo o risco oferecido pela exposição contínua à radiação, todo o setor é unânime em reafirmar a necessidade dos exames ali dentro, que são realizados diariamente em horários distintos, o que reitera e demonstra as dificuldades vivenciadas no transporte dos pacientes, mesmo dentro do próprio Hospital, como demonstrado na fala de uma das enfermeiras quando perguntada sobre a possibilidade de realizar todos os exames de Raio-X em outro setor, após responder que não se sentia segura em seu ambiente laboral, pelo risco oferecido pela exposição contínua à radiação.

(...) apenas os pacientes com condições clínicas para locomoção a outro setor.
(Verbalização da enfermeira).

Outra estratégia coletiva que se apresenta no contexto analisado, se refere ao treinamento de novos colaboradores à equipe, que foi percebido no acolhimento de um paciente oriundo do bloco cirúrgico. A enfermeira recém-chegada na equipe era responsável pelo leito, mas rapidamente a supervisora e outro enfermeiro do setor fizeram todo o

acolhimento do paciente. A enfermeira que seria responsável pelo leito apenas observou. Quando perguntado ao enfermeiro o porquê da outra enfermeira não participar da ação, o mesmo relatou:

Nós já estamos quase no horário de visita, se for esperar a novata fazer todo o protocolo que a gente já sabe de cor, demora muito e acaba prejudicando a liberação pro horário de visita, aí ela só assiste e depois a gente passa pra ela como tem que fazer (Verbalização do enfermeiro).

O depoimento acima reflete a importância de um coletivo de trabalho formado, no qual cada profissional consegue gerir os leitos pelos quais são responsáveis, mas também se preocupa com os demais leitos, criando estratégias coletivas e individuais a todo o momento para que os resultados esperados sejam alcançados.

A rotatividade ou *turnover* de enfermeiros representa um grande problema enfrentado pelos hospitais e implica, significativamente, na qualidade do cuidado e também nos custos para a Organização. A perda de profissionais experientes afeta o nível de cuidado prestado e aumenta o investimento necessário à admissão de um novo trabalhador (NOMURA; GAIDZINSKI, 2005; MEDEIROS *et al.*, 2010).

As causas da rotatividade estão relacionadas a fenômenos externos como a oferta e demanda do mercado de trabalho e a situação econômica e a fenômenos internos, como a política salarial, tipo de supervisão e condição organizacional (MEDEIROS *et al.*, 2010).

No período analisado, o setor apresentou uma alta rotatividade de funcionários. Quando perguntada sobre o impacto dessa alta rotatividade, uma vez que a cada troca é necessário treinar este novo funcionário, uma das supervisoras acredita que essa alta rotatividade se dá devido à falta de interesse de alguns enfermeiros do Hospital, como descrito pela mesma:

Depende do interesse do colaborador em aprender cada fluxo do setor. (Verbalização da supervisora).

Em relação ao impacto que esta alta rotatividade acarreta à equipe, um enfermeiro da Equipe 2 relata:

Com certeza essa rotatividade de trabalho impacta negativamente no setor, acaba que a gente tem que fazer o nosso trabalho e ainda treinar esses novatos, isso atrasa tudo durante o dia. (Verbalização do enfermeiro).

A todo momento o coletivo de trabalho busca formas de gerir as variabilidades impostas pelo meio. A atividade é sempre o centro da dialética entre o impossível e o invisível. A variabilidade do meio técnico torna impossível a standardização total (MENDES; CUNHA, 2018).

O resultado dos exames é essencial para um diagnóstico precoce, para detecção de possíveis complicações e para a escolha do tratamento adequado ao paciente, principalmente dentro de uma UTI. Como ressaltado anteriormente, a maioria dos exames são realizados fora do Hospital analisado, o que causa uma sobrecarga de atividades administrativas e demoras consideráveis na entrega do resultado desses exames.

A supervisora é responsável por solicitar o exame, junto a gerente e outra colaboradora alocada fora do setor. Além de solicitar esse exame junto ao SUS ou ao convênio do paciente, é necessário o agendamento do transporte do paciente e a locomoção de um médico do setor de Urgência para acompanhá-lo, como exposto por uma das supervisoras:

Quando o exame é feito fora daqui, nós temos que solicitar a ambulância, se for ambulância do P* são as mais demoradas, temos que ligar, mandar e-mail, esperar eles responderem pra depois agendar e conseguir levar o paciente para fazer o exame, quando é a U** ou SAMU é mais fácil o contato. (Verbalização da supervisora).

A impossibilidade de gerir essa locomoção do paciente frente à Organização de trabalho é exposta por uma enfermeira da Equipe 2:

O mais difícil nos exames que são feitos fora, é porque eles não avisam com antecedência a hora exata que vem buscar, aí por exemplo, se tenho que medicar um paciente as 16:00, posso até dar a medicação umas 15:30 por exemplo, mas se a ambulância chega aqui as 15:00, não posso adiantar muito a medicação do paciente, aí dependendo do horário que ele volta, já passou muito do tempo e aí tenho que alterar o horário desse e dos outros. (Verbalização da enfermeira).

A falta de comunicação adequada entre empresas terceirizadas e a Organização, e a invisibilidade dos serviços prestados pelo setor de enfermagem é expressa na fala de uma das supervisoras:

Dependendo de como o paciente está no caso de exame fora, o médico não pode esperar o resultado da imagem na hora, aí é mais demorado ainda, o Hospital tem que mandar um funcionário lá buscar o exame, que mesmo com pedido de urgência,

¹*Nome de uma Empresa

²**Nome de uma empresa

as vezes o laudo demora a ficar pronto, até dias dependendo do exame, e isso atrasa todo o serviço aqui dentro. (Verbalização da supervisora).

A todo instante a equipe médica questiona ao enfermeiro supervisor sobre o resultado dos exames solicitados, o que faz com que o enfermeiro indiretamente se responsabilize pela cobrança desses resultados junto ao setor administrativo e empresas terceirizadas. Quando uma delas é questionada se isso gera uma carga a mais de trabalho para ela, a mesma relata:

Depende do plantão, porque alguns têm dias que temos muito fluxo (...) acho que deveria ter uma pessoa responsável até finalizar o exame. (Verbalização da supervisora).

Quando perguntados sobre a necessidade desses exames serem realizados dentro do Hospital, uma das enfermeiras destaca:

Evitaria que o paciente tenha que sair da Unidade (...) alguns deste em estado grave (...) teríamos maior agilidade no diagnóstico. (Verbalização da supervisora).

Frequentemente manifestado nos pacientes graves internados em UTI, o *delirium* constitui uma alteração neuropsiquiátrica aguda ou subaguda, que afeta a consciência, e, geralmente, está acompanhado por algum grau de distúrbio do estado de despertar (RIBEIRO *et al.*, 2015).

Pacientes em estado de *delirium* exigem uma atenção especial do setor, além de bom preparo profissional. Esses pacientes são alocados, sempre que possível, nos primeiros leitos da Unidade (1 ao 4) com o intuito de ficar no campo visual de um maior número de enfermeiros, uma vez que esses leitos se encontram em frente ao principal posto de trabalho do setor. A partir daí há um constante supervisionamento do avanço deste estado para se evitar a contenção mecânica destes pacientes, visando o conforto, mas garantindo a segurança do mesmo.

O corpo-si considera a individualidade como história, individualidade esta dos encontros indefinidamente renovados com os meios de vida, que produzem incessantes renormalizações. O corpo-si ultrapassa a separação entre o biológico, o psíquico e o cultural, incorpora o social, o psíquico, o institucional, as normas, os valores (SCHWARTZ; DURRIVE, 2010; RUZZA; LACOMBLEZ; SANTOS, 2018).

Cada um funciona com um certo número de “normas endógenas”, aquelas do seu corpo-si, que as constituiu no histórico das renormalizações sucessivas. A atividade de trabalho exige uma constante arbitragem entre o uso de si por si e o uso de si pelos outros, com um debate constante entre as normas antecedentes e as normas inscritas na história do corpo de quem trabalha, necessitando constantemente se renormatizar, fazendo uso de saberes e competências que vão além da prescrição (SCHWARTZ, 2000, RODRIGUES, MENDES, 2019).

Ser competente no meio é tirar partido do meio, gerir as relações de antecipação e de encontro em função de valores, requer, ao mesmo tempo, a apropriação de certo número de normas antecedentes; o domínio relativo daquilo que uma situação pode ter de histórico e de inédito (a renormalização) e a gestão desse inédito em função dos próprios valores e dos valores compartilhados no meio (SCHWARTZ; DURRIVE, 2010; MENDES; CUNHA, 2018).

Em um determinado caso no contexto analisado, o paciente apresentava um quadro considerado avançado de *delirium* pela equipe técnica. Por meio das gesticulações do paciente, a supervisora com maior experiência na equipe que estava realizando serviços administrativos no momento, foi quem primeiro percebeu o avanço do quadro do paciente e foi até o leito dar a assistência inicial. Por meio do olhar a equipe se articulou e o enfermeiro responsável pelo leito em conjunto com a técnica de enfermagem da equipe se aproximaram e iniciaram a contenção mecânica deste paciente, o que demonstra a importância da sintonia e o compartilhamento de valores e saberes entre a equipe.

Quando perguntado ao enfermeiro responsável pelo leito porque aquele paciente não havia sido contido antes, o mesmo relatou:

A gente tenta ao máximo não colocar a contenção no paciente, mas tem casos que não tem como, esse por exemplo ou coloca a contenção ou ele arranca o acesso. (Verbalização do enfermeiro).

Percebe-se a complexidade do trabalho do enfermeiro em UTI, as inúmeras variabilidades apresentadas em seu cotidiano e todas as regulações coletivas e individuais necessárias para se realizar o trabalho de assistência ao paciente, a importância do compartilhamento de saberes e valores para gerir a atividade e as impossibilidades geradas pelo meio.

A invisibilidade dos colaboradores de enfermagem perante a organização, a alta rotatividade de funcionários no setor e o excesso de atividades administrativas desempenhadas pelas supervisoras se mostrou como um possível ocasionador de constrangimentos no ambiente laboral.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio da ergonomia e da ergologia pode-se conhecer e aprofundar sob a perspectiva do trabalhador fazendo aflorar sua atividade, as variabilidades impostas pelo meio e as estratégias de regulação utilizadas pelo coletivo de trabalho para geri-las.

O funcionário é parte indispensável dos processos de tomadas de decisão frente a organização, uma vez que a atividade só é vivenciada e só pode ser compreendida de maneira sistêmica pelos mesmos e, dessa forma, as decisões frente as melhores escolhas do processo de trabalho devem sempre contemplar estes atores.

É importante salientar a notoriedade do papel assistencial do enfermeiro em uma equipe multidisciplinar de uma UTI, onde a alta complexidade dos pacientes em estado grave demanda cuidados intensivos, contínuos, ágeis e organizados, que exigem do profissional conhecimento técnico científico específico, tendo que lidar a todo momento com o fator vida e morte, cura e óbito dos pacientes, e ao mesmo tempo tendo que gerir a sua própria saúde física e emocional.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, I.; VILELA, R. A. G. **Modelo de análise e prevenção de acidente de trabalho: MAPA**. Piracicaba: CEREST. 2010.

ANTUNES, R. (org.). **A dialética do trabalho**. Escritos de Marx e Engels. 2. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2013.

AREOSA, J. A importância das percepções de riscos dos trabalhadores. **International Journal on Working Conditions**, n. 3, p. 54-64, 2012.

CALVO, D. S. C. ; FERREIRA, J. A. ; CUNHA, D. M. ; MENDES, D. P. The complexity and contradictions of the right to refuse to do hazardous work in the Surgical Center of a hospital. **WORK - A Journal of Prevention Assessment & Rehabilitation**, v. 71, p. 761-770, 2022. Disponível em: < <https://content.iospress.com/articles/work/wor210073>>. Acesso em: 30 de setembro de 2022.

(Im)possibilidades na gestão da saúde e segurança de uma equipe de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva – UTI de um hospital no interior de Minas Gerais

CAMELO, S. H. H. Competência profissional do enfermeiro para atuar em Unidades de Terapia Intensiva: Uma revisão Integrativa. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 20, n. 1, 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-11692012000100025>>. Acesso em: 8 de outubro de 2020.

CUNHA, D. M. **Notas conceituais sobre atividade e corpo-si na abordagem ergológica do trabalho**. GT: Trabalho e Educação / n.09. Agência Financiadora: CNPq/FAPEMIG. 2007. Disponível em: <<https://www.anped.org.br/biblioteca/item/notas-conceituais-sobre-atividade-e-corpo-si-na-abordagem-ergologica-do-trabalho>>. Acesso em: 8 de outubro de 2020.

CUNHA, D. M. Ergologia e psicossociologia do trabalho: desconforto intelectual, interseções conceituais e trabalho em comum. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, v. 17, n. spe. 1, p. 55-64, 2014 Disponível em: <<https://doi.org/10.11606/issn.1981-0490.v17ispe1p55-64>>. Acesso em: 8 de outubro de 2020.

ELIAS, M. A.; NAVARRO, V. L. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. v. 14, n. 4, p. 517-25, 2006. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rlae/a/pqMqTKMtvdrwPbdKd4kWC9b/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 8 de outubro de 2020.

FARIA, R. F. **Transformações no mundo do trabalho: reflexões, políticas e perspectivas para a saúde do Trabalhador Público Federal**. 2017. 205 p.

GONDIM, G. **Do Conceito de Risco ao da Precaução: entre determinismos e incertezas**. In: O território e o processo saúde-doença. Educação Profissional e Docência em Saúde. A formação e o trabalho do Agente Comunitário de Saúde. Fiocruz, Cap. 3, 2008.

GUÉRIN, F.; LAVILLE, A.; DANIELLOU, F.; DURAFFOURG, J.; KERGUELEN, A. **Compreender o trabalho para transformá-lo: a prática da ergonomia**. São Paulo: Blucher, 2010. 200p.

HIPOLITO, R. L.; MAURO, M. Y. C.; MAURICIO, V. C.; GOMES, S. R.; SILVA, L. A.; BARBOSA, E. C. V. Riscos ocupacionais e suas interfaces com a saúde da equipe de enfermagem intensivista no Município de Campos dos Goytacazes. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 3, n. 2, p. 1947-1958, 2011. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=505750888013>>. Acesso em: 8 de outubro de 2020.

MACÊDO, K. B.; LIMA, J. G.; FLEURY, A. R. D.; CARNEIRO, C. M. S. **Organização do trabalho e adoecimento: uma visão interdisciplinar**. Goiânia - GO. 2016 Disponível em: <<https://site.medicina.ufmg.br/osat/wpcontent/uploads/sites/72/2017/06/Livro-organiza%C3%A7%C3%A3o-do-trabalho-e-adoecimento-mpt21-06-2017.pdf>>. Acesso em: 18 de junho de 2020.

MARTINS, J.T.; ROBAZZI M. L. C.; MARZIALE, M. H. P.; GARANHANI, M. L.; HADDAD, M. C. L. Significados do gerenciamento de unidade de terapia intensiva para o enfermeiro. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 30, n. 1, p. 113-119, 2009. Disponível em: <<https://www.seer.ufrgs.br/index.php/rgenf/article/view/8883/5125>>. Acesso em: 18 de junho de 2020.

MEDEIROS, C. R. G.; JUNQUEIRA, A. G. W.; SCHWINGEL, G.; CARRENO, I.; JUNGLES, L. A. P.; SALDANHA, O. M. F. L. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 15, Suppl. 1, p. 1521-1531, 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/K7krGK8mMKNmQxTnjnXkH/?lang=pt>>. Acesso em: 18 de junho de 2020.

MENDES, D. P.; ECHTERNACHT, E. H. Donos do poder? Os limites e conflitos da atividade pericial frente ao estabelecimento de nexos no atual contexto da previdência social brasileira. **Revista Gestão Industrial**, v. 2, n. 4, p. 87-98, 2006. Disponível em: <<https://doi.org/10.3895/S1808-04482006000400008>>. Acesso em: 20 de outubro de 2020.

MENDES, D. P.; OLIVEIRA, M. M.; MATOS, V. G.; MAZONI, M. B.; MORAES, G. F. S. Do prescrito ao real: a gestão individual e coletiva dos trabalhadores de enfermagem frente ao risco de acidente de trabalho. **Gestão & Produção**, v. 19, n. 4, p. 885-892, 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-530X2012000400016>>. Acesso em: 25 de maio de 2020.

MENDES, D. P.; MORAES, G. F. S.; MENDES, J. C. L. Análise da Gestão de Risco no trabalho de enfermagem em uma Instituição Psiquiátrica. **Trabalho & Educação**, v. 20, n. 1, p.73-84, 2011. Disponível em: <<https://periodicos.ufmg.br/index.php/trabedu/article/view/8698/6205>>. Acesso em: 17 de maio de 2020.

MENDES, D. P.; CUNHA, D. M. La opacidad del trabajo de enfermería y las configuraciones del riesgo. **Salud colectiva**, v. 14, p. 725-742, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.18294/sc.2018.1349>>. Acesso em: 23 de setembro de 2020.

MONTEIRO, J. K.; OLIVEIRA, A. L. L.; RIBEIRO, C. S.; GRISA, G. H.; AGOSTINI, N. Adoecimento Psíquico de Trabalhadores de Unidades de Terapia Intensiva. **Psicologia, Ciência e Profissão**, v. 33, n. 2, p. 366-379, 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/pcp/a/HCsm4VmvHb4Svwxmg69fVs/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 16 de abril de 2020.

NASCIMENTO, E. R. P.; TRENTINI, M. O cuidado de enfermagem na unidade de terapia intensiva (UTI): teoria humanística de Paterson e Zderad. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 12, n. 2, p. 250-257, 2004. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-11692004000200015>>. Acesso em: 10 de maio de 2020.

NOMURA, F. H.; GAIDZINSKI, R. R. Rotatividade da equipe de enfermagem: estudo em hospital-escola. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 5, p. 648-653, 2005. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-11692005000500007>>. Acesso em: 10 de maio de 2020.

RIBEIRO, S. C. L.; NASCIMENTO, E. R. P.; LAZZARI, D. D.; JUNG, W.; BOES, A. A.; BERTONCELLO, K. C. Conhecimento de enfermeiros sobre delirium no paciente crítico: discurso do sujeito coletivo. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 24, n. 2, p. 513-520, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0104-07072015001702014>>. Acesso em: 10 de maio de 2020.

RODRIGUES, P. L. C.; MENDES, D. P. (Im)possibilidades de regulação no trabalho em profissionais do Centro de Material Esterilizado (CME). **Trabalho & Educação**, v. 28, n. 2, p. 215-230, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.35699/2238-037X.2019.12299>>. Acesso em: 13 de fevereiro de 2020.

RUZZA, R. D.; LACOMBLEZ, M.; SANTOS, M.; **Ergologia, Trabalho, Desenvolvimentos**. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2018. 206 p. (Série: Trabalho e Sociedade).

SANCHES, P. G.; CARVALHO, BARROS, M. A.; SILVA, G. F. Refletindo sobre o cuidado de enfermagem em unidade de terapia intensiva. **REME - Revista Mineira de Enfermagem**, v. 11, n. 1, p. 94-98, 2007. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=1415-276220070001&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 11 de março de 2020.

SANTOS, J. M., OLIVEIRA, E. B., MOREIRA, A. C. Estresse, fator de risco para a saúde do enfermeiro em centro de terapia intensiva. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v. 14, n. 4, p. 580-585, 2006.

SCHWARTZ, Y. (Org.). **Reconnaissances du travail: pour une approche ergologique**. Paris: PUF, 1987.

SCHWARTZ, Y. A comunidade científica ampliada e o regime de produção de saberes. **Trabalho & Educação**, v. 7, n. 7, p. 38-46, 2000. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/trabedu/article/view/9202>. Acesso em: 7 de outubro 2020.

SCHWARTZ, Y. Trabalho e saber. **Trabalho & Educação**, v. 12, n. 1, p. 21- 49, 2003. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/trabedu/article/view/8971>. Acesso em: 7 nov. 2020.

SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L. **Trabalho e ergologia: conversas sobre a atividade humana**. Rio de Janeiro: EDUFF, 2010.

SCHWARTZ, Y. Motivações do conceito de corpo-si: corpo-si, atividade, experiência. **Letras de Hoje**, v. 49, n. 3, p. 259-274, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.15448/1984-7726.2014.3.19102>>. Acesso em: 7 de outubro 2020.

STUMM, E. M. F.; MAÇALAI, R. T.; KIRCHNER, R. M. Dificuldades enfrentadas por enfermeiros em um centro cirúrgico. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 15, n. 3, p. 464-471, 2006. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-07072006000300011>>. Acesso em: 20 de maio de 2020.



Este trabalho está licenciado com uma Licença [Creative Commons - Atribuição 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).