



ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ERGONOMIA

Revista Ação Ergonômica

www.abergo.org.br



OS RISCOS NO TRABALHO DE ENFERMAGEM: A INVISIBILIDADE E AS DEMANDAS NECESSÁRIAS DE RECONFIGURAÇÃO

Davidson Passos Mendes
Universidade Federal de Itajubá - campus Itabira
davidsonmendes@unifei.edu.br

Daisy Moreira Cunha
Universidade Federal de Minas Gerais -
daisycunhaufmg@gmail.com

Resumo

O artigo tem por objetivos demonstrar as atividades de trabalho dos técnicos de enfermagem na assistência ao paciente psiquiátrico em uma unidade de atendimento à crise, revelando as dificuldades encontradas e as estratégias construídas para fazer face às necessidades operacionais para o desenvolvimento das ações da assistência e discutir o papel normativo no contexto analisado. A abordagem metodológica utilizada foi baseada na Análise Ergonômica do Trabalho – AET e Ergológica cuja amostra foi composta por 17 profissionais, auxiliares e técnicos de enfermagem, de um setor de emergência de um hospital público psiquiátrico. Os resultados revelaram que o trabalho de assistência aos usuários é fortemente caracterizado pelo trabalho em equipe, especialmente na confrontação de saberes dos médicos e técnicos, mediados muitas vezes por outros profissionais como os enfermeiros, assistentes sociais, pessoal administrativo e porteiro, ou seja, a equipe ultrapassa o corpo técnico e envolve também os trabalhadores do serviço de apoio e terceirizado. Essa construção se efetiva no dia a dia de trabalho e requer competências para a cooperação além do desenvolvimento de habilidades coletivas. Daí, a importância do aprendizado a partir da experiência, seja na vivência do trabalhador no dia a dia de trabalho no setor analisado, ou por meio de trocas com os demais integrantes da equipe, promovendo um retorno à experiência e fortalecimento do coletivo.

Palavras-chave: trabalho, riscos, enfermagem, atividade.

1 INTRODUÇÃO

Viver nos obriga, necessariamente, a levar em conta os riscos. Proteger-se da morte, da doença, da tempestade, do mau êxito nos negócios não é uma estratégia recente. De acordo com Maciel & Telles (2000), a prática de afastar riscos sempre esteve associada à possibilidade de ocorrência de eventos indesejáveis.

No entanto, "*risco*" é um termo muito recente e sua definição conceitual está longe de reunir consensos (GONDIM, 2008; AREOSA, 2008). É uma noção genuinamente moderna e está

implicada na reorientação das relações que os indivíduos e as coletividades estabelecem com os acontecimentos que podem ocorrer, cuja ideia central é controlar o futuro e surge em oposição ao conceito de fatalidade e destino, associado a uma certa contingência ou ambiguidade decorrente das diversas dinâmicas do mundo social.

Segundo Mazet e Guilhermain (1997, p. 23), “... o risco caracteriza a eventualidade de um evento (ou de uma situação) não desejada (ou temida) e seus efeitos ou conseqüências”. Trata-se de uma medida do nível de perigo - conceito qualitativo que exprime uma potencialidade, uma condição ou situação física com potencial de resultar em conseqüências não desejadas, como prejuízos à vida ou lesões corporais - por sua probabilidade de ocorrência, sua gravidade e sua aceitabilidade (GOETSCH, 2007).

O conceito de risco possui, portanto, três componentes básicos: 1) o seu potencial de perdas e danos; 2) a incerteza das perdas e danos; 3) a relevância das perdas e danos. Desta forma o risco é igual a probabilidade de danos multiplicado pela magnitude das conseqüências em função do tempo (GONDIM, 2008). Os avanços tecnológicos, científicos e do padrão produtivo contribuíram para essa nova percepção do risco associado a mudança na própria natureza do risco decorrente.

No âmbito da enfermagem, o trabalho é caracterizado pelo agrupamento de fatores que podem representar riscos à saúde de seus trabalhadores. Diversos estudos (OLIVEIRA, 2001; MANETTI, 2008; SULZBACHER, 2013) têm demonstrado que a exposição a fatores de riscos mecânicos e ambientais específicos (trabalho noturno, a manipulação de produtos químicos, cargas horárias extensas associadas às duplas jornadas, a exposição à radiação ionizante, a sustentação de peso em excesso durante a assistência ao paciente e o contato direto com material infectado) é ainda agravada pelos recursos materiais insuficientes e inadequados, que ocasionam condições inseguras de trabalho.

Há também os fatores psicossociais do trabalho de enfermagem que despertam atenção por provocar aumento dos índices de absenteísmo e adoecimento dos trabalhadores. Segundo Manetti (2008), os fatores psicossociais presentes no trabalho de enfermagem estão relacionados a mudanças e inovações na organização do trabalho, autonomia, clima organizacional, oportunidade de crescimento profissional e violência cujas conseqüências provocam estresse, baixo nível de satisfação no trabalho, desgaste físico-mental, sofrimento, absenteísmo e rotatividade.

De acordo com Schwartz (2014), é necessário abordar o trabalho num vai e vem permanente entre as condições ambientais objetiváveis, que expõe aos riscos antecipáveis, chamados pelo autor de “*riscos profissionais*” e uma dimensão enigmática, que em parte reconfigura o agir humano no trabalho e conduz ao que o autor chama de “*riscos do trabalho*”.

Este artigo tem por objetivos demonstrar as atividades de trabalho dos técnicos de enfermagem na assistência ao paciente psiquiátrico em uma unidade de atendimento à crise, revelando as dificuldades encontradas e as estratégias construídas para fazer face às necessidades operacionais para o desenvolvimento das ações da assistência e discutir o papel normativo no contexto analisado.

2 METODOLOGIA

A abordagem metodológica utilizada nesse estudo foi baseada na Análise Ergonômica do Trabalho – AET (GUÉRIN, 2005) e Ergológica (SCHWARTZ, 2000). Trata-se de um método qualitativo-descritivo, de ação da ergonomia e da ergologia, com metodologia e ferramentas de análises pertinentes para identificar os principais fatores técnicos e organizacionais inferentes sobre os campos de possibilidades de gestão da saúde no trabalho nos contextos produtivos hospitalares e gerar, em conjunto com os demandantes, proposições para a

adequação preventiva dos atuais

sistemas de produção hospitalar.

2.1 Materiais utilizados e procedimentos

A amostra foi composta por 17 profissionais, auxiliares e técnicos de enfermagem, de um setor de emergência de um hospital público psiquiátrico. Foram utilizados nesse estudo equipamentos para coleta e registro das informações observadas em campo. Gravações foram feitas com cada sujeito de pesquisa separadamente, utilizando-se de um gravador digital com o intuito de facilitar o trabalho de síntese. O recorte necessário para o aprofundamento metodológico foi feito no Centro de Atendimento à Crise (CAC), por meio de observação e entrevista em autoconfrontação com os auxiliares e técnicos de enfermagem deste setor.

Os procedimentos metodológicos desse estudo foram aprovados pelos Comitês de Ética em Pesquisa das instituições participantes e estão de acordo com a resolução 466/2012.

3 O PAPEL DA NORMA E SUA INSUFICIÊNCIA: A NECESSÁRIA ANÁLISE DO RISCO DO PONTO DE VISTA SITUADO

A normatização está associada ao caminho geral em direção à burocratização cada vez maior de diversas atividades sociais e tem se mostrado útil, embora tenha também sido criticada pelo fato do paradigma burocrático não captar sempre a evolução e as condições imprevisíveis a nível organizacional. Tenta-se controlar por meio das normas os procedimentos comuns, a própria emoção - que é racionalizada

- numa perspectiva de se aprisionar sujeitos a procedimentos prescritos. Também é fato a distância entre a burocratização e a realidade de trabalho. O papel central desempenhado pela racionalidade técnica neste irresistível e, por vezes, arriscado caminho sempre combina método científico e procedimentos. Portanto, este caminho adotado de normatizações nos obriga a ficar alerta e vigilante em busca de constante re-engajamento no sentido das regras e regulamentos.

Regras e procedimentos são fundamentais para o funcionamento de uma organização moderna, necessários para a gestão da segurança, numa tentativa de rastrear, controlar e antecipar as atividades sociais. A normatização captura duas faces que estão totalmente incorporadas: de um lado o controle e de outro, a explicitação. Não é novidade que procedimentos escritos não somente indicam como as tarefas devem ser feitas, mas também funcionam como mecanismos restritivos e controladores dos trabalhadores em relação aquilo que deve ser feito e como está sendo feito. Permitem, também, a expressão formal das práticas de trabalho para materializar, divulgar e abrir discussão no "*chão de fábrica*" entre os níveis da organização, parceiros externos e reguladores, por exemplo.

Segundo Bourrier (2013), sociólogos e ergonomistas há muito tempo têm demonstrado que os procedimentos e as regras geram restrições, porém, também revelam a sua necessidade como elemento de segurança, controle frente às práticas inseguras, as regras insuficientes e o gerenciamento inconsistente. Para a autora, a norma pode trazer conforto às pessoas e reduzir a ansiedade em relação ao novo e incerto.

Na maioria das vezes torna-se necessário ir além das regras para atingir os objetivos, e a norma pode servir também como uma diretriz reconfortante quando o curso de ação não é vivenciado anteriormente ou naquele momento parece controverso. A normatização legitima a racionalidade técnica (GOESTCH, 2007).

Do ponto de vista situado, a norma tem se mostrado insuficiente para dar conta das imprevisibilidades e variabilidades existentes na atividade de trabalho da enfermagem do hospital psiquiátrico analisado. Há uma invisibilidade em relação aquilo que é feito e como é feito, desconhecida pelos gestores do sistema e que são essenciais para a construção da segurança local (tanto dos trabalhadores quanto dos pacientes atendidos). Torna-se necessário fazer emergir as competências individuais e coletivas construídas e valoradas no contexto, por meio de métodos que façam aflorar estas micro-regulações e, que possam ser captadas, numa perspectiva de se fazer evoluir as normas e produzir segurança.

4. A INVISIBILIDADE DO TRABALHO DOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

O trabalho de assistência aos usuários do CAC é fortemente caracterizado pelo trabalho em equipe, especialmente na confrontação de saberes dos médicos e técnicos, mediados muitas vezes por outros profissionais como os enfermeiros, assistentes sociais, pessoal administrativo e porteiro, ou seja, a equipe ultrapassa o corpo técnico e envolve também os trabalhadores do serviço de apoio e terceirizado.

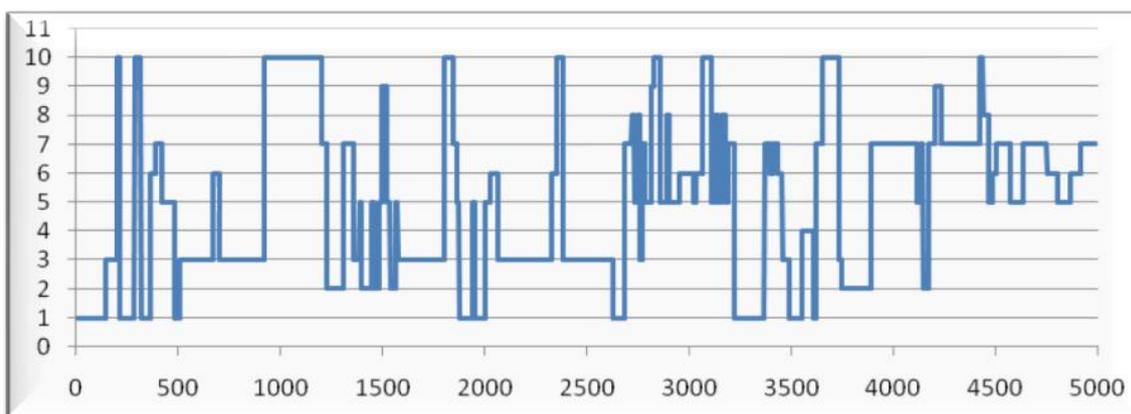
A transformação de uma população de diferentes formações e distintas histórias de vida e realidades em uma equipe coesa não é um processo rápido e fácil. Essa construção se efetiva no dia a dia de trabalho e requer competências para a cooperação além do desenvolvimento de habilidades coletivas. Daí, a importância do aprendizado a partir da experiência, seja na vivência do trabalhador no dia a dia de trabalho no CAC, ou por meio de trocas com os demais integrantes da equipe, promovendo um retorno à experiência e fortalecimento do coletivo.

Ao observar as atividades dos técnicos de enfermagem do CAC, emergiram as diversas interações necessárias para troca de informações, os deslocamentos em busca de medicamentos e condução de pacientes às enfermarias, o levantamento de dados de sistemas e folhas de salas e os diversos momentos de interrupção, como atender ao telefone ou assistir a um paciente mais urgente que chega e demanda ação mais imediata: rompe-se assim, mesmo que momentaneamente, uma ação em curso. As interações são recorrentes, o que permite afirmar que a atividade de trabalho ultrapassa a visão funcionalista da tarefa e permite a gestão do fluxo de informações no serviço.

A figura abaixo é resultado de observação do trabalho de um técnico de enfermagem do CAC, experiente (30 anos de trabalho na instituição), durante 84 minutos e revela as diversas atividades realizadas que não são conhecidas pela estrutura organizacional - para os gestores locais essas estratégias de regulação são “*invisíveis*”.

Cerca de 51% do tempo mensurado foi utilizado para discussão de casos com o coletivo de trabalho (médicos, equipe de enfermagem – enfermeiro e outros técnicos, assistente social e pessoal administrativo – guichê de entrada). O restante

do tempo se concretizou nos deslocamentos entre setores, atendimentos aos pacientes, consulta de dados e anotação de tarefas, organização de prontuários e solicitação de recursos de outros setores. Há ainda 12% das atividades que foram alocadas como „*outras*“ em função da diversidade de ações realizadas, como: atender telefone, solicitar liberação de vagas pelo telefone, verificar folha de vagas, esperar, refletir, anotar em folha de mão, etc. Vale aqui também ressaltar que 44% do tempo total medido se deu na interação efetivada com os enfermeiros e médicos – confrontação de saberes da experiência, do dia a dia do paciente na enfermaria – evolução, interação medicamentosa e riscos, com os saberes especialistas dos enfermeiros e médicos.



ATIVIDADES REALIZADAS	T analisado (seg)	min)	%
1. Discussão do caso com Equipe Médica, (EM).	680	11,33	13,6
2. Discussão do caso com Equipe do Guichê de entrada, (EG).	346	5,77	6,92
3. Discussão do caso com Equipe de Enfermagem, (EE).	1513	25,22	30,27
4. Discute caso com Assistente Social, (AS).	54	0,9	1,08
5. Deslocamento entre setores, (DS).	537	8,95	10,7
6. Atendimento aos pacientes, (AP).	376	6,27	7,52
7. Consulta de dados e anotação das tarefas, (CA). (Caderno de enfermagem, sistema SIGH, e folha de gestão de leitos).	736	12,27	14,72
8. Organização de prontuários, (OP).	94	1,57	1,88
9. Solicitação de recursos de outros setores, (SR).	70	1,17	1,4
10. Outros, (O).	593	9,88	11,86
Total:	4999	83,33	100

O gráfico tem por objetivo demonstrar a atividade contínua do técnico de enfermagem, na sua rotina diária de antecipações, deslocamentos e trocas de informações para gerir a própria atividade e a de outros, numa busca permanente de eficácia no trabalho. A coleta destas informações, demonstradas no gráfico, se deu pela manhã, em um momento de pico, cujo intuito momentâneo era gerir o número de leitos, em que o coletivo se articulou para discutir as altas possíveis, internações, novas condutas e encaminhamentos, antecipando-se às necessárias entradas que se daria no período da tarde. A não liberação de leitos para a possível entrada de pacientes no período da tarde provocaria um constrangimento muito grande à equipe e aumentaria ainda mais o risco na porta de entrada pela possibilidade de recusa de pacientes.

Pode-se observar, no gráfico, que a maior parte do tempo “despendido” na atividade de trabalho se deu com as antecipações necessárias para gerir alguns disfuncionamentos previstos. Aqueles não previstos, assim que emergiam, também eram abordados e, a partir daí, a coletividade se instaurava para reprocessar os valores, como um caldeirão de dinâmica do uso de si, numa tentativa de se produzir efeitos. Uma boa parte do tempo foi utilizado com discussão de casos com a equipe de enfermagem, anotações de dados e compartilhamento de informações em sistemas e folhas, discussão de casos e troca de informações com a equipe médica, além de outros como atender telefone, principalmente. Essa gestão se mostrou necessária para regular o contexto e diminuir a carga de trabalho tanto individual quanto coletiva por meio da ampliação dos campos de possibilidades de ação e regulação, o que pode ser observado pelo trecho abaixo:

... A técnica Regina revela ao Raul que não observou no prontuário, após ter verificado no sistema SIGH, as medidas de glicemia do paciente. Observam nas anotações de enfermagem que a pressão arterial (PA) do paciente está em 160x100 mmHg. A médica retorna ao posto de enfermagem e os técnicos discutem com ela sobre a pressão arterial do paciente. Revelam a necessidade de se entrar com medicamentos se a pressão permanecer alta como está. O técnico Raul verbaliza com a médica: “medica e faça um relatório para o serviço substitutivo. Eles é que devem conduzir o processo. Se é hipertenso e está vindo de lá, já deveria vir medicado”. A médica escuta e decide medicar o paciente.

Revela-se aqui o agir competente como estratégia de gestão no trabalho. Houve uma apropriação das normas antecedentes associadas ao histórico e à singularidade da ação situada baseada em valores dimensionáveis e não dimensionáveis. Essa gestão refletida aqui como individual, mas instaurada coletivamente nas ECRP, dimensiona a gestão de leitos (dinâmica de entrada e saída de pacientes), qualidade da assistência e clínica a ser estabelecida, além da gestão de saúde e segurança.

Certos números de ingredientes devem então se articular no agir em competência. Na fonte da eficácia no trabalho é que se encontram esses coletivos de contornos variáveis, relativamente pertinentes e essenciais. Trata-se de uma criação local dos diferentes protagonistas da situação, de um certo modo de “viver”, de construir a vida no trabalho.

Quando se vislumbram as variabilidades, os acasos e todas as gestões que se fazem necessárias, ainda mesmo que algumas soluções fracassem, pode-se compreender que não basta apenas se situar no CAC (Centro de Atendimento à Crise) para gerir os disfuncionamentos. Para tirar proveito do meio e agir competente, é necessário sair do local onde está situado, buscar e confrontar informações, fazer ligações telefônicas, dirigir-se ao guichê de entrada, compartilhar saberes práticos e técnicos com outros enfermeiros e com a equipe médica, levantar informações de sistemas e folhas de anotações. Essas antecipações são necessárias para gerir a atividade. Gestão observada no trecho de crônica, a seguir:

... O técnico Raul pega o telefone e liga para o CMT. Pergunta se a ambulância já veio buscar os pacientes de lá. Ao mesmo tempo tampa o bocal do telefone e fala com o médico da necessidade de se abrir vagas no CAC porque, segundo o técnico, daqui a pouco entrarão mais pacientes. Como dito: “Fui lá fora e vi diversas pessoas agitadas, que demandarão entrar”. Olha ali na folha, falando para os técnicos (dois que estavam no setor) e o médico. E continua: “As vagas das enfermarias já estão todas reservadas pelo diretor” (vagas reservadas de mandado judicial). Volta-se ao telefone, fala, anota e responde ao outro técnico

que a ambulância já vem e que ele pode levar o paciente para o CMT. Desliga o telefone, procura prontuários e os organiza em sequência escolhida por ele e entrega ao médico que retorna ao setor. Após a saída do médico, fala: *"há pacientes com indicativo de alta, mas como não podemos decidir isso, já colocamos os prontuários em ordem de acordo com aqueles que achamos que podem sair. Assim, estes pacientes são avaliados primeiro e liberam as vagas mais rapidamente. É o único jeito de dar conta deste setor. Se não for assim, imagina se o prontuário do paciente de alta for o último? Daqui a pouco começa a entrar gente sem passar pelo CAC. A experiência nos faz construir os caminhos..."*.

A origem das disfunções (atraso da ambulância para transferir pacientes, chegada de diversos casos novos, etc) e de todos outros tipos de dificuldades pode ser decorrente de algo bem distante no tempo e no espaço. Segundo Schwartz e Durrive (2010, p. 158), *"uma entidade coletiva é também assim: não se pode jamais circunscrever, com antecipação, no espaço e no tempo, aquilo que é pertinente como zona de troca, de comunicação, para conduzir uma ação a seu ritmo em condições quase corretas"*. Essas ações realizadas coletivamente no contexto do CAC é uma reinvenção permanente. É uma verdadeira sinfonia sem maestro, ou seja, cada um aqui toca a sua partitura (sabe o que tem que fazer), mas, ao mesmo tempo, é necessário que a partitura seja sincrônica, portanto que tenha marcações para que se saiba quando cada um entra na partitura, já que não há um maestro (SCHWARTZ E DURRIVE, 2010, p. 161).

O gráfico e os fragmentos de crônica acima apresentados demonstram tipicamente o trabalho específico, imprevisível e imprescritível, de uma *entidade coletiva relativamente pertinente* (ECRP). Se o coletivo não estiver harmônico, seja em função de faltas e/ou rotatividade de trabalhadores, e houver *„dessincronização"*, falhas e riscos no trabalho aparecerão e o hospital, trabalhadores e pacientes pagarão o custo disso. A construção de competências e sua atualização é uma necessidade fundamental de gestão de riscos neste contexto.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A abordagem do risco verificada no contexto analisado se restringia aos riscos profissionais. A relação entre o risco e a atividade humana não permite restringir-se a uma abordagem que objetiva o risco. Há no trabalho uma *dimensão enigmática*. Os riscos no trabalho são riscos locais realmente corridos, relacionados às negociações das pessoas e dos coletivos com as "condições de trabalho", sempre mais ou menos retrabalhadas.

No CAC e, conseqüentemente, no hospital analisado, observou-se por um lado, uma hipertrofia de normas, inclusive de segurança definidas antes da atividade e, por outro, saberes-fazer construídos e instituídos quase na clandestinidade no decorrer das atividades: a infração se colocava ali como condição necessária para a produção do saber-fazer de prudência, útil para a eficácia e saúde no trabalho.

A instrumentalidade utilizada nas dimensões do cuidado, estabelecidas no CAC, reforça a abordagem utilizada diante do risco potencial. A ampliação dos campos de possibilidade de gestão do risco depende das condições organizacionais para atualização das competências do coletivo onde os técnicos de enfermagem ocupam função fundamental. Para tanto, a valorização do trabalho desses técnicos, o que envolve a adequação do efetivo, a estabilidade dos vínculos, a equidade da carga horária e da remuneração do conjunto dos técnicos são procedimentos essenciais.

REFERÊNCIAS

- AMALBERTI, R. Le modele de compétence. In: LEPLAT, J.; MONTMOLLIN, M. (orgs). *Les compétences en ergonomie* (pp 89-94). Toulouse, France: Octarès Éditions, 2001.
- AREOSA, J. *O risco no âmbito da teoria social*. Anais do VI Congresso Português de Sociologia. Universidade Nova de Lisboa. Lisboa, 2008.
- BOURRIER, M.; BIEDER, C. *Trapping Safety into Rules*. How Desirable or Avoidable is Proceduralization? Ashgate Publishing Limited, Farnham, 302p, 2013.
- GOETSCH, D. *Occupational Safety and Health for Technologists, Engineers, and Managers*. Prentice Hall, 2007.
- GONDIM, G. *Do Conceito de Risco ao da Prevenção: 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, 2008.
- GUÉRIN, FRANÇOIS *et. al.* *Compreender o trabalho para transformá-lo: a prática da ergonomia*. São Paulo: USP, Fundação Vanzolini, Edgard Blücher, 2005.
- MACIEL, E.; TELLES, F. *Ensaio sobre a relação epistemológica entre probabilidade e método científico*. Cadernos de Saúde Pública, 16 (2): 487-497, 2000.
- MANETTI, M. L.; MARZIALE, M.H.P.; ROBAZZI, M .L. Revisando os fatores psicossociais do trabalho de enfermagem. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*. Fortaleza, v.9, n.1. p.111-119, jan./mar., 2008.
- MAZET, C.; GUILLERMAIN, H. Concepts de base. In: AMALBERTI, R.; MOSNERON-DUPIN, F. *Facteurs humains et fiabilité*. Toulouse: Octares, 1997.
- OLIVEIRA, B.R.G.de; MUROFUSE, N.T. Acidentes de trabalho e doença ocupacional: estudo sobre o conhecimento do trabalhador hospitalar dos riscos à saúde de seu trabalho. *Rev. latino-am. enfermagem*. Ribeirão Preto - v. 9 - n. 1 - p. 109-115 - janeiro, 2001.
- SCHWARTZ, Y. A comunidade científica ampliada e o regime de produção de saberes. *Revista Trabalho e Educação*, jul-dez, n.7, p. 38-46, 2000.
- SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L. Trabalho e Ergologia: conversas sobre atividade humana. 1.ed. Niterói: EdUFF, 2010.
- SCHWARTZ, Y. *O enigma do trabalho: riscos ocupacionais e riscos do trabalho*. (mimeo), 2014.
- SULZBACHER, E.; FONTANA, R. T. Concepções da equipe de enfermagem sobre a exposição a riscos físicos e químicos no ambiente hospitalar. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília, v.66, n.1., jan./feb., 2013.