



TÚ RAYONES EN EL TRABAJAR EN ENFERMERÍA: A INVISIBILIDAD Y LA RECONFIGURACIÓN REQUIERE EXIGENCIAS

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

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

Resumen

El artículo tiene como objetivo demostrar las actividades de trabajo de los técnicos de enfermería en la asistencia a pacientes psiquiátricos en una unidad de atención de crisis, revelando las dificultades encontradas y las estrategias construidas para atender las necesidades operativas para el desarrollo de acciones asistenciales y discutiendo el papel normativo en el contexto analizado. El enfoque metodológico utilizado se basó en el Análisis Ergonómico del Trabajo – AET y Ergológico, cuya muestra estuvo compuesta por 17 profesionales, auxiliares y técnicos de enfermería, de un servicio de urgencias de un hospital psiquiátrico público. Los resultados revelaron que el trabajo de asistencia al usuario está fuertemente caracterizado por el trabajo en equipo, especialmente en la comparación de conocimientos de médicos y técnicos, muchas veces mediados por otros profesionales como enfermeros, trabajadores sociales, administrativos y porteros, es decir, el equipo va más allá del personal técnico e involucra también trabajadores de servicios de apoyo y subcontratados. Esta construcción se da en el trabajo cotidiano y requiere habilidades para la cooperación además del desarrollo de habilidades colectivas. De ahí la importancia de aprender de la experiencia, ya sea en el día a día del trabajador en el sector analizado, o a través de intercambios con otros miembros del equipo, promoviendo el retorno a la experiencia y fortaleciendo el colectivo.

Palabras clave: Trabajar, Arañazos, Enfermería, Actividad.

1 INTRODUCCIÓN

Vivir necesariamente nos obliga a tener en cuenta los riesgos. Protegerse de la muerte, las enfermedades, las tormentas y el mal éxito empresarial no es una estrategia reciente. Según Maciel & Telles (2000), la práctica de evitar riesgos siempre ha estado asociada a la posibilidad de que ocurran eventos indeseables.

Sin embargo, "*riesgo*" es un término muy reciente y su definición conceptual está lejos de lograr consenso. (GONDIM, 2008; AREOSA, 2008). Y una noción verdaderamente Moderna Es involucrada en la reorientación de las relaciones que los individuos y

comunidades establecen con los acontecimientos que pueden ocurrir, cuya idea central es controlar el futuro y aparece en oposición al concepto de fatalidad y destino, asociado a una cierta contingencia o ambigüedad resultante de las diferentes Dinámica del mundo Social.

Según Mazet y Guilhermain (1997, p. 23), “... *el riesgo caracteriza la eventualidad de un evento (o situación) no deseado (o temido) y sus efectos o consecuencias*”. Es una medida del nivel de peligro - un concepto cualitativo que expresa una potencialidad, una condición o situación física con el potencial de tener consecuencias no deseadas, como daños a la vida o lesiones corporales - debido a su probabilidad de ocurrencia, su gravedad. y su aceptabilidad (GOETSCH, 2007).

Por tanto, el concepto de riesgo tiene tres componentes básicos: 1) su potencial de pérdida y daño; 2) la incertidumbre de pérdidas y daños; 3) la relevancia de las pérdidas y daños. De esta forma, el riesgo es igual a la probabilidad de daño multiplicada por la magnitud de las consecuencias en el tiempo (GONDIM, 2008). Los avances tecnológicos, científicos y en los estándares de producción contribuyeron a esta nueva percepción del riesgo asociada a cambios en la naturaleza del riesgo resultante.

En el alcance desde el enfermería, oh trabajar se caracteriza Para el agrupamiento de factores que pueden suponer riesgos para la salud de sus trabajadores. Varios estudios (OLIVEIRA, 2001; MANETTI, 2008; SULZBACHER, 2013) él tiene demostrado que El la exposición a factores de riesgo mecánicos y ambientales específicos (trabajo nocturno, manipulación de productos químicos, jornadas laborales extensas asociadas a doble turno, exposición a radiaciones ionizantes, soporte de peso excesivo durante la atención al paciente y contacto directo con material infectado) se ve agravada aún más por la insuficiencia e inadecuación del material. recursos, lo que provoca condiciones de trabajo inseguras.

También hay factores psicosociales en el trabajo de enfermería que llaman la atención ya que provocan mayores tasas de ausentismo y enfermedad entre los trabajadores. Según Manetti (2008), los factores psicosociales presentes en el trabajo de enfermería están relacionados con cambios e innovaciones en la organización del trabajo, autonomía, clima organizacional, oportunidades de crecimiento profesional y violencia cuyas consecuencias provocan estrés, bajos niveles de satisfacción laboral, agotamiento físico-mental. , sufrimiento, ausentismo y rotación.

Según Schwartz (2014), es necesario abordar el trabajo en un vaivén permanente entre condiciones ambientales objetivas, que nos expone a riesgos previsibles, llamados por el autor “*riesgos profesionales*” y una dimensión enigmática, que reconfigura en parte la acción humana. .

Este artículo tiene como objetivo demostrar las actividades laborales de los técnicos. de enfermería en la asistencia a pacientes psiquiátricos en una unidad de atención de crisis, revelando las dificultades encontradas y las estrategias construidas para atender las necesidades operativas para el desarrollo de acciones asistenciales y discutiendo el papel normativo en el contexto analizado.

2 METODOLOGÍA

El enfoque metodológico utilizado en este estudio se basó en el Análisis Ergonómico del Trabajo – AET (GUÉRIN, 2005) Es Ergológico (SCHWARTZ, 2000). Esto es en un método cualitativo-descriptivo de actuación en ergonomía y ergología, con metodología y herramientas de análisis pertinentes para identificar los principales factores técnicos y organizativos que infieren los campos de posibilidades para la gestión de la salud en el trabajo en contextos de producción hospitalaria y generar, junto a los reclamantes, propuestas para la

adecuación preventivo del actual sistemas en producción hospital.

2.1 Materiales usados Es procedimientos

La muestra estuvo conformada por 17 profesionales, auxiliares y técnicos de enfermería, de un servicio de urgencias de un hospital psiquiátrico público. En este estudio se utilizó equipo para recolectar y registrar información observada en el campo. Las grabaciones se realizaron con cada sujeto de investigación por separado, utilizando una grabadora digital con para facilitar el trabajo de síntesis. El tramo necesario para el análisis metodológico en profundidad se realizó en el Centro de Atención a Crisis (CAC), a través de observación y entrevistas de autoconfrontación con auxiliares y técnicos de enfermería de este sector.

Los procedimientos metodológicos de este estudio fueron aprobados por los Comités de Ética en Investigación de las instituciones participantes y están de acuerdo con la resolución 466/2012.

3 EL PAPEL DE LA NORMA Y SU INSUFICIENCIA: EL NECESARIO ANÁLISIS DE RIESGOS DESDE EL PUNTO DE VISTA SITUACIONAL

La estandarización está asociada con el camino general hacia una creciente burocratización de Varias actividades social Es tener si mostrado útil, a pesar de tienes también ha sido criticado debido a que el paradigma burocrático no siempre capta la evolución y las condiciones impredecibles a nivel organizacional. Se intenta controlar, a través de normas, procedimientos comunes, la emoción misma -que se racionaliza-

- desde la perspectiva de encarcelarse sujetos a procedimientos prescritos. La distancia entre la burocratización y la realidad del trabajo también es un hecho. El papel central que desempeña la racionalidad técnica en este camino irresistible y a veces arriesgado combina siempre método y procedimientos científicos. Por lo tanto, este camino adoptado de estandarización nos obliga a permanecer alerta y vigilantes en busca de un compromiso constante con las reglas y regulaciones.

Normas Es procedimientos ellos son fundamentos para La operacion en uno organización necesarios para la gestión de la seguridad, en un intento de rastrear, controlar y anticipar las actividades sociales. La estandarización capta dos vertientes que están plenamente incorporadas: por un lado, el control y por el otro, la explicación. No es nada nuevo que los procedimientos escritos no sólo indican cómo se deben realizar las tareas, sino que también funcionan como mecanismos restrictivos y de control para los trabajadores en relación con lo que se debe hacer y cómo se está haciendo. También permiten materializar la expresión formal de las prácticas laborales, publicitar y abrir el debate en el "*piso de fábrica*" entre niveles de la organización, socios externos y reguladores, por ejemplo.

Según Bourrier (2013), sociólogos y ergonomistas han demostrado desde hace tiempo que los procedimientos y reglas generan restricciones, sin embargo, también revelan su necesidad como elemento de seguridad, control ante prácticas inseguras, reglas insuficientes y gestión inconsistente. Para el autor, la norma puede brindar comodidad a las personas y reducir Ansiedad ante lo nuevo e incierto. La mayoría de las veces se hace necesario ir más allá de las reglas para alcanzar los objetivos, y la norma también puede servir como una guía reconfortante cuando el curso de acción no se vive. previamente o en eso tiempo aspecto controversial. A Estandarización legítimo racionalidad técnica (GOESTCH, 2007).

Desde un punto de vista localizado, la norma se ha revelado insuficiente para tener en cuenta la imprevisibilidad y variabilidad que existe en la actividad laboral de enfermería en el hospital psiquiátrico analizado. Existe una invisibilidad sobre lo que se hace y cómo se hace, desconocida para los gestores del sistema y que es fundamental para construir la seguridad local (tanto de los trabajadores como de los pacientes atendidos). Se hace necesario hacer

emergen habilidades individual y colectivo construido y valorados en contexto, a través de métodos que pongan de relieve estas microrregulaciones y que puedan ser capturados, con miras a evolucionar los estándares y producir seguridad.

4. A INVISIBILIDAD DEL TRABAJAR DEL TÉCNICO EN ENFERMERÍA

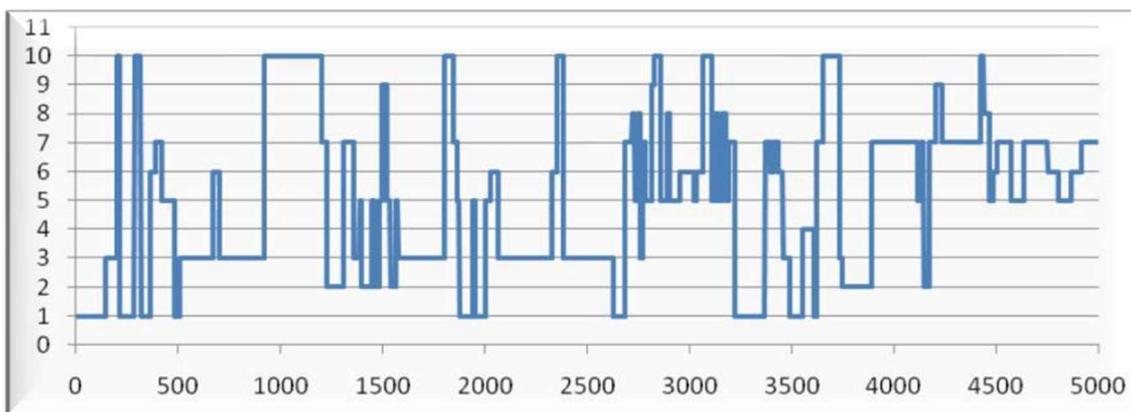
La labor de asistencia a los usuarios del CAC se caracteriza fuertemente por el trabajo en equipo, especialmente en la comparación de conocimientos de médicos y técnicos, muchas veces mediatizados por otros profesionales como tú enfermeras, asistentes social, tipo administrativo y de conserjería, es decir, el equipo va más allá del personal técnico e involucra también trabajadores de soporte y servicios subcontratados.

Transformar una población con diferentes orígenes e historias de vida y realidades diferentes en un equipo cohesionado no es un proceso rápido ni fácil. Esta construcción entra en vigor el día El día en trabaja y requiere Habilidades para El cooperación además del desarrollo de habilidades colectivas. De ahí la importancia de aprender de la experiencia, ya sea en el día a día del trabajador en el CAC, o a través del intercambio con otros miembros del equipo, promoviendo el retorno a la experiencia y fortaleciendo el colectivo.

Al observar las actividades de los técnicos de enfermería del CAC, se observaron las diversas interacciones necesarias para intercambiar información, viajar en busca de medicamentos y llevar pacientes a las salas, realizar encuestas datos de sistemas y las sábanas de la habitación y los distintos momentos de interrupción, como contestar el teléfono o mirar a un paciente más urgente que llega y exige una acción más inmediata: el así, aunque sea momentáneamente, una acción en curso. Las interacciones son recurrentes, lo que nos permite afirmar que la actividad de trabajo va más allá de la visión funcionalista de la tarea y permite la gestión del flujo de información en el servicio.

A cifra a continuación es consecuencia de observación del trabajo de un técnico en enfermera experimentada del CAC (30 años de trabajo en la institución), durante 84 minutos y revela las diversas actividades realizadas que no son conocidas por la estructura organizacional - para los directivos locales estas estrategias de regulación son "*invisibles*".

Alrededor del 51% del tiempo medido fue utilizado para discutir casos con el grupo de trabajo (médicos, equipo de enfermería – enfermeros y otros técnicos, trabajador social y personal administrativo – mostrador de entrada). El resto del tiempo tomó la forma de movimientos entre sectores, asistencia a pacientes, consultar datos y anotar tareas, organizar historias clínicas y solicitar recursos a otros sectores. También hay un 12% de actividades que fueron asignadas como '*otras*' debido a la diversidad de acciones realizadas, tales como: atender el teléfono, solicitar vacantes por teléfono, consultar la hoja de vacantes, esperar, reflexionar, anotarla en un hoja de mano, etc. También cabe destacar que el 44% del tiempo total medido se dedicó a interactuar con enfermeras y médicos -comparando el conocimiento de la experiencia, el día a día del paciente en planta-, la evolución, las interacciones farmacológicas y los riesgos, con el conocimiento especializado de enfermeras y médicos.



ACTIVIDADES REALIZADAS	Tanalizado (seg)	mín.)	%
1. Discusión del caso con el Equipo Médico (ME).	680	11.33	13.6
2. Discusión del caso con el Equipo de Mostrador de Entrada (EG).	346	5.77	6.92
3. Discusión del caso con el Equipo de Enfermería (EE).	1513	25.22	30.27
4. Discutir el caso con un Trabajador Social (AS).	54	0,9	1.08
5. Movimiento entre sectores, (DS).	537	8,95	10.7
6. Atención al paciente, (AP).	376	6.27	7,52
7. Consulta de datos y anotación de tareas, (CA). (Cuaderno de enfermería, sistema SIGH y hoja de manejo de cama).	736	12.27	14,72
8. Organización de registros médicos, (OP).	94	1,57	1,88
9. Solicitud de recursos de otros sectores, (SR).	70	1.17	1.4
10. Otros, (O).	593	9,88	11.86
Total:	4999	83,33	100

El gráfico tiene como objetivo demostrar la actividad continua del técnico de enfermería, en su cotidiano de anticipaciones, desplazamientos e intercambio de informaciones para gestionar la actividad propia y la de los demás, en una búsqueda permanente de eficacia en el trabajo. La recogida de esta información, que se muestra en el gráfico, se produjo en horas de la mañana, en un horario punta, cuya intención momentánea era gestionar el número de camas, en la que el colectivo se reunió para discutir posibles altas, hospitalizaciones, nuevos trámites y derivaciones. , anticipando los insumos necesarios que si daría en el periodo desde el tarde. A no liberación de camas para El La posible entrada de pacientes por la tarde causaría gran vergüenza al equipo y aumentaría aún más el riesgo en la entrada ante la posibilidad de que los pacientes sean rechazados. Se puede observar en el gráfico que la mayor parte del tiempo “dedicado” a la actividad laboral se dedicó a los avances necesarios para gestionar algunas disfunciones esperadas. Aquellos No planificado, así qué surgió, también Ellos eran dirigido Es, El dejar por lo tanto, el colectivo se estableció para reprocesar valores, como un caldero de dinámicas del uso de uno mismo, en un intento de producir efectos. Buena parte del tiempo se dedicó a discutir casos con el equipo de enfermería, tomar notas de datos y compartir información en sistemas y fichas, discutir casos e intercambiar información con el equipo médico, además de otros como atender el teléfono, principalmente. Esta gestión resultó necesaria para regular el contexto y reducir la carga de trabajo tanto individual como colectiva, ampliando los campos de posibilidades de acción y regulación, lo que se puede ver en el siguiente extracto:

... La técnica de Regina le revela a Raúl que no observó las mediciones de glucosa en sangre del paciente en el expediente médico, luego de revisar el sistema SIGH. En las notas de enfermería señalan que la presión arterial (PA) del paciente es de 160x100 mmHg. La doctora regresa a la estación de enfermería y los técnicos analizan con ella la presión arterial del paciente. Revelan la necesidad de tomar medicación si la presión sigue siendo tan alta. El técnico Raúl habla con el médico: “medicar y redactar un informe para el servicio de reposición. Ellos son quienes deben liderar el proceso. Si eres hipertenso y vienes de ahí ya deberías estar medicado”. El doctor escucha y decide

medicar al paciente.

Aquí la acción competente se revela como una estrategia de gestión en el trabajo. Hubo una apropiación de las normas antecedentes asociadas a la historia y singularidad de la acción situada a partir de valores escalables y no escalables. Esta gestión, aquí reflejada de forma individual, pero implementada de forma colectiva en el ECRP, mide la gestión de camas (dinámica de entrada y salida de pacientes), la calidad de la atención y la clínica a establecer, además de la gestión de seguridad y salud.

Entonces es necesario articular una serie de ingredientes para actuar con competencia. En la fuente de la eficacia en el trabajo se encuentran estos colectivos de contornos variables, relativamente pertinentes. Es básico. Esto es en una creación local de diferentes protagonistas desde la situación, de una determinada manera de “vivir”, de construir vida en el trabajo.

Cuando se vislumbra la variabilidad, los accidentes y toda la gestión necesaria, incluso si algunas soluciones fallan, se puede comprender que no basta con estar ubicado en el CAC (Centro de Asistencia en Crisis) para gestionar las disfunciones. Para aprovechar el entorno y actuar de manera competente es necesario salir del lugar donde se encuentra, buscar y comparar información, realizar llamadas telefónicas, acudir al mostrador de entrada, compartir conocimientos prácticos y técnicos con otras enfermeras y el equipo médico, levantar información sistemas y hojas de notas. Estas anticipaciones son necesarias para gestionar la actividad. Gestión observada en la sección de crónica a continuación:

... El entrenador Raúl coge el teléfono y llama a la CMT. Pregunta si la ambulancia ya ha venido a recoger a los pacientes. Al mismo tiempo tapa el teléfono y habla con el médico sobre la necesidad de abrir plazas en el CAC porque, según el técnico, en breve llegarán más pacientes. Como dijo: "Salí y vi a varias personas agitado, que exigirá la entrada". Mire la hoja, hablando con los técnicos (dos que estaban en el sector) y el médico. Y continúa: "Las vacantes en las salas ya están todas reservadas por el director" (espacios reservados por orden judicial). Vuelve al teléfono, habla, toma notas y responde al otro técnico que viene la ambulancia y que puede llevar al paciente para CMT. Cuelga el teléfono, busca historias clínicas, las organiza en una secuencia elegida por él y se las entrega al médico que regresa al departamento. Después de que el médico se va, dice: "hay pacientes que se espera que sean dados de alta, pero como no podemos decidir sobre eso, ya hemos ordenado las historias clínicas según los que creemos que pueden salir. Así, estos pacientes son Se evalúa primero y se liberan las vacantes más rápido. Es la única manera de manejar este sector, si no, imagínese si los registros de los pacientes dados de alta son los últimos.

El origen de las disfunciones (retraso de la ambulancia para trasladar a los pacientes, llegada de varios casos nuevos, etc.) y todo otro tipo de dificultades puede deberse a algo muy lejano en el tiempo y el espacio. Según Schwartz y Durrive (2010, p. 158), “ **una entidad colectiva también es así: nunca se puede circunscribir, de antemano, en el espacio y en el tiempo, lo que es pertinente como zona de intercambio, de comunicación, para llevar a cabo una actividad**”. *acción a tu propio ritmo en condiciones casi correctas*”. Estas acciones realizadas colectivamente en el contexto del CAC son una reinvencción permanente. Es una verdadera sinfonía sin director, es decir, aquí cada uno toca su propia partitura (saben lo que tiene que hacer), pero, al mismo tiempo, es necesario que la partitura sea sincrónica, por eso tiene marcas para que se sabe cuándo entra cada uno en la partitura, ya que no hay director (SCHWARTZ Y DURRIVE, 2010, p. 161).

Los fragmentos de gráficos y crónicas presentados anteriormente suelen demostrar el trabajo específico, impredecible e imprescriptible de una *entidad colectiva relativamente pertinente* (ECRP). Si el colectivo no es armonioso, ya sea por ausencias y/o rotación de trabajadores, y hay “*desincronización*”, aparecerán fallas y riesgos en el trabajo y el costo de esto lo pagarán el hospital, los trabajadores y los pacientes. Desarrollar habilidades y actualizarlas es una

necesidad fundamental para la gestión de riesgos en este contexto.

5 CONSIDERACIONES FINALES

El enfoque de riesgo verificado en el contexto analizado se restringió a los riesgos profesionales. La relación entre riesgo y actividad humana no nos permite limitarnos a un enfoque que apunte al riesgo. Hay una *dimensión enigmática en la obra*. Los riesgos en el trabajo son riesgos locales realmente asumidos, relacionados con negociaciones colectivas y entre personas sobre las "condiciones de trabajo", siempre más o menos reelaboradas.

En el CAC y, en consecuencia, en el hospital analizado, se observó, por un lado, una hipertrofia de normas, incluidas normas de seguridad definidas antes de la actividad y, por otro, conocimientos construidos e instituidos casi clandestinamente durante las actividades. : la infracción Se colocó allí como condición necesaria para la producción de conocimientos prudentes, útiles para la eficiencia y la salud en el trabajo.

La instrumentalidad utilizada en las dimensiones del cuidado, establecidas en el CAC, refuerza el enfoque utilizado ante el riesgo potencial. La ampliación de los campos de posibilidad para la gestión de riesgos depende de las condiciones organizativas de actualización de habilidades del colectivo donde los técnicos de enfermería ocupan un papel fundamental. Para ello, la valoración del trabajo de estos técnicos, que pasa por la adecuación de la plantilla, la estabilidad de las relaciones, la equidad de las horas de trabajo y la retribución de todos los técnicos, son procedimientos imprescindibles.

6 REFERENCIAS

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.