



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Carolina Viegas de Mello

**Influência da organização do trabalho hospitalar para a saúde do
trabalhador e a segurança do paciente**

Rio de Janeiro

2020

Carolina Viegas de Mello

**Influência da organização do trabalho hospitalar para a saúde do trabalhador e a
segurança do paciente**



Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Prof.^a Dra. Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza

Rio de Janeiro

2020

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CBB

M527 Mello, Carolina Viegas de.
Influência da organização do trabalho hospitalar para a saúde do
trabalhador e a segurança do paciente / Carolina Viegas de Mello. - 2020.
142 f.

Orientadora: Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza.
Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Faculdade de Enfermagem.

1. Enfermagem. 2. Gestão em saúde. 3. Saúde do trabalhador. 4.
Segurança do paciente. I. Souza, Norma Valéria Dantas de Oliveira. II.
Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. III.
Título.

CDU
614.253.5

Kárin Cardoso CRB/7 6287

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta
dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Carolina Viegas de Mello

**Influência da organização do trabalho hospitalar para a saúde do trabalhador e a
segurança do paciente**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Aprovada em 10 de fevereiro de 2020.

Banca examinadora:

Prof.^a Dra. Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza (Orientadora)

Faculdade de Enfermagem – UERJ

Prof. Dr. Elias Barbosa de Oliveira

Faculdade de Enfermagem – UERJ

Prof.^a Dra. Marcia Tereza Luz Lisboa

Universidade Federal do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2020

DEDICATÓRIA

Aos colegas enfermeiros e servidores públicos do Estado do Rio de Janeiro, que lutam e resistem em prol de uma assistência de qualidade, diante do contexto adverso do desmonte da saúde pública no atual cenário político e econômico de nossa cidade. A vocês, todo meu respeito e admiração. Acreditamos no SUS. E, com vocês, eu acreditei neste trabalho.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, sou grata às forças que movem este mundo, nossos Orixás. Obrigada por cada vento soprado, cada folha caída, cada raio de sol que eu consigo ver e sentir, pela graça de ter saúde e estar viva para esta grande experiência. Que todos os Senhores continuem sempre dançando para a harmonia deste Universo. Orixá é vivo.

Agradeço aos meus pais, Carlos e Josete, minha maior inspiração neste mundo, que celebram junto comigo cada pequena e cada grande vitória minha. Obrigada pelo investimento na minha educação, por acreditarem em mim e nos meus projetos, e por ensinarem valores imateriais de amor, união, equilíbrio, coragem e força de vontade.

Agradeço à minha irmã, Júlia, que, durante o processo de construção deste trabalho, abençoou-me com a participação no parto da minha amada sobrinha, Lia. Este dia me ressignificou. Vocês me ressignificam diariamente. O amor que emana de vocês é tanto que deu fruto. A certeza do incondicional do amor são vocês, minha família. Por vocês, tudo.

Agradeço aos meus guias de Umbanda, pois cada um deles jamais permitiu que eu desistisse e sempre acreditou no meu potencial. Pela certeza da presença diária, em cada segundo desta existência, meu muito obrigada.

Agradeço a José Pilintra das Sete Encruzilhadas, chefe da Casa de Caridade Caminheiros do Bem, responsável por levar a Umbanda de amor, fé, caridade e irmandade à toda e qualquer pessoa nesse mundo. Por acreditar em mim quando nem eu acreditei. Por cada ensinamento, lição e aprendizado. Eu não teria chegado até aqui se não fosse você. Ao meu parceiro e mestre, toda luz. Muito obrigada.

Agradeço a Mãe Soraia, meu pilar espiritual, que sempre acreditou em mim e nos ensinamentos que a espiritualidade traria durante este processo. Pela força da sua fé e da sua coroa, eu chego até aqui. Que eu seja sempre merecedora dessa tua asa de mãe. Que os Orixás sigam te abençoando. Eu amo você e tudo o que construímos juntas.

Agradeço a cada irmão de santo meu que, perto ou longe, contribuiu para que este trabalho fosse concluído. As mãos de cada um de vocês estiveram comigo em todos os momentos e hoje estão aqui também. Somos caridade, somos força, somos irmandade, somos Caminheiros. Eu amo cada um de vocês. Muito obrigada por essa corrente de luz.

Agradeço ao amor, e tem nome: Ariane. Não acredito que existam linhas suficientes para dizer o quanto você foi importante neste trabalho e é na minha vida. Por nunca me deixar desistir de nenhum objetivo, por crescer comigo, por querer e ser tão grande, por caminhar ao

meu lado, por ser essa mulher incrível, por tudo que construímos até aqui. O mar me abençoou e me trouxe você de presente. Eu amo você.

Agradeço aos meus amigos, em especial, Laísa, Janaína e Pedro. Cada um de vocês teve um papel fundamental neste trabalho. Obrigada pelo incentivo, pela força, pelo amor e pelo laço tão sólido de amizade que construímos. Xangô abençoe a coroa de vocês, como abençoou a mim com estas amizades. Por cada dia, meu muito obrigada.

Agradeço à Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, que, com seu ensino de excelência, continua formando e especializando enfermeiros críticos, educadores, formadores e representantes da saúde pública de compromisso e qualidade.

Agradeço à Prof^a. Dr^a. Norma Valéria, orientadora brilhante, ímpar e imprescindível neste trabalho. O seu olhar humanizado, sua amizade, seu apoio, sua compreensão, sua gentileza e bondade são presentes para quem tem a honra de conviver com a senhora. Obrigada por acreditar em mim desde o início do nosso trabalho. Desejo todo sucesso e luz. Que nossa parceria continue sendo forte e longa. Obrigada por tudo.

Agradeço aos colegas de profissão que contribuíram para a construção deste trabalho, acreditando na Enfermagem baseada em ciência, profissionalismo e compromisso. Seguimos unidos nos mesmos desejos e objetivos, a Enfermagem é única.

Por fim, agradeço à mulher que me tornei. Este projeto nunca se limitou a ser apenas uma especialização. Desde o início, significou a expansão do ser humano que eu queria e precisava me tornar. Eu acreditei em mim e fui a pessoa mais importante deste processo. Por todas às vezes que resisti e cresci, sou grata. Que eu siga nesta longa estrada da vida, ciente de quem eu sou e do que eu posso conseguir. O amor próprio é o laço mais bonito que temos a nos enfeitar.

O trabalho está em todo o lado e o sofrimento também: só que há trabalhos estéreis e trabalhos fecundos, sofrimentos infames e sofrimentos gloriosos.

Hughes Lamennais

RESUMO

MELLO, C. V. **Influência da organização do trabalho hospitalar para a saúde do trabalhador e a segurança do paciente.** 2020. 142 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2020.

O objeto deste estudo é a percepção dos enfermeiros sobre a organização do trabalho e suas repercussões para a segurança do paciente crítico. Esta pesquisa tem como objetivos: a) identificar a percepção dos enfermeiros das Unidades de Terapia Intensiva sobre a configuração da organização e condições de trabalho deste cenário; b) analisar as repercussões da configuração da organização do trabalho nas unidades cardiointensivas para a saúde do trabalhador de enfermagem; e c) discutir os impactos da configuração da organização do trabalho para a segurança do paciente em terapia intensiva. Estudo qualitativo, descritivo e exploratório. O campo foi um hospital público estadual localizado na cidade do Rio de Janeiro, em suas unidades cardiointensivas. Os participantes foram 25 enfermeiros atuantes nos referidos setores. Os dados foram coletados de abril a junho de 2019. As entrevistas foram gravadas, sendo utilizado um roteiro de entrevista do tipo semiestruturada. Para o tratamento dos dados, utilizou-se a análise de conteúdo do tipo temática de Bardin. O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, tendo sido aprovado sob número do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) identificado como 06244819.5.0000.5282. Após este processo, foi encaminhado, para uma segunda apreciação, ao Comitê de Ética e Pesquisa da instituição coparticipante, tendo sido aprovado sob número de (CAAE) 06244819.5.3001.5265, iniciando-se a coleta após aprovação. Após a análise dos dados, foram criadas 3 categorias analíticas assim denominadas: I) Recursos materiais, profissionais e estruturais: condições primordiais para a segurança do paciente; II) Características da organização do trabalho: conflitos e equívocos que repercutem na segurança do paciente e dos trabalhadores; e III) Impactos na saúde e subjetividade dos enfermeiros decorrentes da organização e das condições de trabalho. Em relação ao ponto de vista dos enfermeiros sobre as particularidades relacionadas aos recursos materiais, profissionais e estruturais, houve destaque para o dimensionamento pessoal e o déficit de funcionários; a falta de insumos necessários à assistência; e a precariedade dos equipamentos. No contexto das características da organização do trabalho e as tensões e equívocos que permeiam o ambiente laboral, verificou-se a alta carga de trabalho dos profissionais, equívocos na administração e gerenciamento do serviço, resultando na elaboração de improvisações e adaptações de materiais e insumos hospitalares. Em relação aos impactos na subjetividade dos enfermeiros em decorrência da atuação nas referidas unidades cardiointensivas, foram representados o comprometimento profissional com a qualidade da assistência diante das adversidades (3,23%); o sofrimento no ambiente de trabalho (1,81%); e o prazer no trabalho (1,01%). Concluiu-se que as condições de trabalho inadequadas e a configuração laboral, muitas vezes equivocada e pouco racional, interferem negativamente na segurança do paciente, devido à escassez qualitativa e quantitativa de materiais, o reduzido número de pessoal de enfermagem e a estrutura física pouco funcional e sem manutenção. Em decorrência desse contexto, contataram-se prejuízos para a saúde dos trabalhadores de enfermagem, principalmente, na dimensão psicossocial.

Palavras-chave: Enfermagem. Gestão em saúde. Saúde do trabalhador. Unidade de terapia intensiva. Segurança do paciente.

ABSTRACT

MELLO, C. V. **Influence of hospital work organization on occupational health and patient safety**. 2020. 142 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2020.

The object of this study is the nurses' perception about work organization and its repercussions for critical patient safety. This research aims to: a) identify the perception of intensive care unit nurses about the configuration of the organization and working conditions of this scenario; b) analyze the repercussions of the configuration of work organization in cardiac intensive units for the health of nursing workers; and c) discuss the impacts of the work organization's configuration on the safety of intensive care patients. This is a qualitative, descriptive and exploratory study. The field of research was a state public hospital located in the city of Rio de Janeiro, in its cardiac intensive units. The participants were 25 nurses working in these sectors. Data were collected from April to June 2019. The interviews were recorded using a semi-structured interview script. For the data treatment, it was used the content analysis of the Bardin's type. The project was submitted to the Ethics and Research Committee of the State University of Rio de Janeiro, having been approved under number of the Certificate of Presentation for Ethical Appreciation (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética, CAAE) identified as 06244819.5.0000.5282. After this process, it was forwarded, for a second consideration, to the Ethics and Research Committee of the co-participant institution, and was approved under CAAE number 06244819.5.3001.5265, the data collect started after approval. After data analysis, three analytical categories were created, named as follows: I) Material, professional and structural resources: primordial conditions for patient safety; II) Characteristics of work organization: conflicts and misconceptions that affect the safety of patients and workers; and III) Impacts on the health and subjectivity of nurses resulting from the organization and working conditions. Regarding the nurses' point of view on the particularities related to material, professional and structural resources, personal dimensioning and staff deficit were highlighted; the lack of inputs needed for assistance; and the equipment precariousness. Regarding the context of the characteristics of work organization and the tensions and misconceptions that permeate the work environment, there was a high workload of professionals, misconceptions in the administration and management of the service, resulting in the elaboration of improvisations and adaptations of hospital materials and supplies. Regarding the impacts on the nurses' subjectivity as a result of their work in the referred cardiac intensive units the results showed the professional commitment to the quality of care in the face of adversity (3.23%); suffering in the workplace (1.81%); and pleasure at work (1.01%). It was concluded that inadequate working conditions and often misleading and unreasonable work configuration negatively affect patient safety due to the qualitative and quantitative scarcity of materials, the reduced number of nursing staff and the poorly functioning and non-maintained physical structure. As a result of this context, losses to the health of nursing workers were contacted, mainly in the psychosocial dimension.

Keywords: Nursing. Health management. Worker's health. Intensive care unit. Patient safety.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –	Descrição da coleta de dados (2018)	25
Quadro 1 –	Estado da Arte (2018)	120
Tabela 1 –	Unidades de Significação	125
Tabela 2 –	Tabela de Categorização	135

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AMS	Assembleia Mundial da Saúde
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ANAHP	Associação Nacional de Hospitais Privados
ATS	Avaliação de Tecnologias em Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAT	Cateterismo cardíaco
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CPGT	Centro de Política de Gestão Tecnológica
DORT	Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho
EC	Emenda Constitucional
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EPI	Equipamento de Proteção Individual
ESF	Estratégia de Saúde da Família
ICD	Instrumento de coleta de dados
ICS	Infecção da corrente sanguínea
ICMS	Imposto sobre circulação de mercadorias e serviços
IPCS	Infecção primária da corrente sanguínea
IRAS	Infecções relacionadas a assistência à saúde
ITU	Infecção do trato urinário
KPC	<i>Klebsiella Pneumoniae Carbapenemase</i>
LDO	Leis das Diretrizes Orçamentárias
LER	Lesões por Esforço Repetitivo
LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal
MP	Medida Provisória
MS	Ministério da Saúde

NAS	<i>Nursing Activities Score</i>
NR	Norma Regulamentadora
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
OS	Organização Social
PIB	Produto Interno Bruto
PNI	Programa Nacional de Imunizações
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
PNGTS	Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde
PTCA	Angioplastia Coronariana Transluminal Percutânea
PVM	Pneumonia associada a ventilação mecânica
RCL	Receita Líquida Corrente
REHUF	Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais
RIENSP	Rede Integrada de Enfermagem e Segurança do Paciente
RJ	Rio de Janeiro
SAE	Sistematização da Assistência em Enfermagem
SISPLAN	Sistema de Planejamento
SISREG	Sistema Nacional de Regulação
SOMASUS	Sistema de Apoio à Elaboração de Projetos de Investimentos em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UCI	Unidade Cardiointensiva
UCO	Unidade Coronariana
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UNIRIO	Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UPP	Unidade de Polícia Pacificadora
UTI	Unidade de Terapia intensiva

SUMÁRIO

	CONSIDERAÇÕES INICIAIS	14
1	REVISÃO DE LITERATURA	27
1.1	Gestão pública do Estado do Rio de Janeiro	27
1.1.1	<u>Lei de Responsabilidade Fiscal e a dívida pública</u>	27
1.1.2	<u>O caso do Estado do Rio de Janeiro</u>	32
1.2	Ideário neoliberal no mundo do trabalho em saúde e enfermagem	35
1.2.1	<u>O mundo do trabalho influenciado pelos fundamentos neoliberais</u>	35
1.2.2	<u>Influência da organização do trabalho nas atividades de enfermagem</u>	36
1.3	O mundo do trabalho atual e os impactos para a saúde dos trabalhadores de enfermagem	40
1.4	Especificidades do trabalho de enfermagem em UTI	46
1.5	Segurança do paciente	49
1.5.1	<u>Segurança do paciente: aspectos gerais</u>	49
1.5.2	<u>Segurança do paciente: cenário nacional</u>	51
2	ABORDAGEM METODOLÓGICA	54
2.1	Tipo de estudo	54
2.2	Campo de estudo	54
2.3	Participantes do estudo	56
2.4	Coleta de dados	57
2.5	Aspectos éticos	59
2.6	Análise dos dados	60
3	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	62
3.1	1ª Categoria: Recursos materiais, profissionais e estruturais: condições primordiais para a segurança do paciente	63
3.2	2ª Categoria: Características da organização do trabalho: conflitos e equívocos que repercutem na segurança do paciente e no processo de trabalho dos profissionais	75
3.3	3ª Categoria: Impactos na saúde e subjetividade dos enfermeiros decorrentes da organização e das condições de trabalho	86
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	93

REFERÊNCIAS	96
APÊNDICE A - Estado da Arte (2018)	120
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	123
APÊNDICE C – Instrumento de Coleta de Dados (ICD)	124
APÊNDICE D – Tabela de Unidades de Significação	125
APÊNDICE E - Tabela de Categorização	135
ANEXO A - Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa UERJ	139
ANEXO B - Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa da instituição coparticipante	141

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O presente estudo tem como tema a influência da organização do trabalho hospitalar na saúde do trabalhador e a segurança do paciente. A partir da escolha da temática, foi elaborado o seguinte objeto de estudo: a percepção dos enfermeiros sobre a organização do trabalho e suas repercussões para a segurança do paciente crítico.

Durante minha trajetória como graduanda, demonstrei interesse pela área de Terapia Intensiva, por se tratar de um ambiente ímpar no âmbito da assistência hospitalar. A complexidade das tecnologias envolvidas no cuidado, a importância da interação da equipe multiprofissional em prol do sucesso terapêutico e o desafio de enfrentar a gravidade de inúmeras patologias associadas ao paciente crítico e sua reabilitação foram responsáveis pela escolha em atuar nesta área do cuidado intensivo.

Após a graduação em Enfermagem, ingressei na Residência de Enfermagem em Clínica Geral e Cirúrgica na Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), concomitante ao curso de Pós-Graduação em Enfermagem Intensiva na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). O anseio em me aprofundar neste campo de conhecimento foi contemplado tanto no contexto teórico como prático, ampliando meu aprendizado e vivências no campo da saúde pública hospitalar, nos âmbitos federal, estadual e municipal.

Nesse sentido, a motivação para a realização deste estudo surgiu com a prática profissional como enfermeira intensivista em diferentes instituições hospitalares públicas, nas quais pude realizar observações empíricas sobre a influência da gestão fiscal relacionada ao abastecimento de insumos para o tratamento dos pacientes e sua consequência para a organização do trabalho e para a segurança do paciente crítico.

Entende-se por organização do trabalho a divisão de tarefas e a divisão dos trabalhadores. Quando se dividem as tarefas, ou seja, quando se determina quem executa determinadas atividades, conseqüentemente se dividem os trabalhadores por meio de hierarquias, comandos, ritmos e cadências laborais, bem como se configuram as relações de poder. Também está imbricado neste contexto a quantidade e a qualidade dos insumos, equipamentos e as características da força de trabalho para o desenvolvimento da tarefa (DEJOURS, 2015).

A configuração da organização do trabalho em saúde tem sido marcada pela lógica de produção capitalista. Os profissionais da área vivenciam a flexibilização de seu trabalho e a precarização das relações e condições laborais, configurando uma organização do trabalho

distanciada do que se aprende nas academias e no ideal das condições laborais (VIEGAS, 2017). Ademais, o exercício de múltiplas funções está presente no cotidiano desses profissionais que, muitas vezes, assumem diversos setores, tendo que aprender a lidar com suas diferenças e a realizar tarefas com grande precisão em pequenos espaços de tempo, distorcendo o ideal de uma prática profissional pautada na segurança do paciente e na garantia da saúde do trabalhador (DOS SANTOS; BREUNIG; VIEGAS, 2018).

Neste sentido, a organização prescrita do trabalho acaba se distanciando consideravelmente da organização do trabalho real, pois se aprende nas academias, nos livros e nos manuais profissionais que as condutas e atividades devem ser desenvolvidas de acordo com as normas, ou seja, pautadas em características qualitativas e quantitativas adequadas de pessoal e material para que os julgamentos e tomadas de decisões sejam tomados com base em condições aceitáveis de trabalho (DOS SANTOS; BREUNIG; VIEGAS, 2018).

Este descompasso entre o trabalho prescrito e o trabalho real pode interferir negativamente na dimensão subjetiva dos trabalhadores, em suas vivências de prazer e sofrimento. Quanto maior for o descompasso, mais potencializadas serão as vivências de sofrimento, podendo, assim, gerar consequências físicas, psíquicas e cognitivas para trabalhadores e com desdobramentos para a qualidade da assistência (FERREIRA; BARROS, 2003).

A experiência laboral nestes cenários me fez observar o distanciamento entre o trabalho prescrito e o trabalho real, fazendo-me refletir sobre quais seriam as consequências da gestão fiscal na área da Saúde para o processo de trabalho hospitalar, para a saúde dos trabalhadores e para a assistência ao paciente no cuidado intensivo, levando ao desejo de investigar o objeto anteriormente referido.

Os setores fechados do hospital são unidades onde há reduzida interação com os demais setores, e é onde se encontram os pacientes internados que mais necessitam de cuidados diretos e intensivos, pois correm risco iminente de morte, tendo como exemplos as unidades de terapia intensiva (UTI) de adultos, pediátrica e neonatal, e a unidade coronariana (UCO). A morte é fato intrínseco dessas unidades e requer rigoroso controle emocional da equipe com os pacientes e familiares. Portanto, há a exigência de habilidades e extrema atenção dos profissionais, não só técnica como também cognitiva e afetiva, pois, além de tudo, há alta demanda de pacientes em situação de alta complexidade (LA CRUZ; ABELLAN, 2015).

Nesta perspectiva, a unidade de terapia intensiva é a área do hospital responsável pelo tratamento de pacientes críticos, cujo setor é o que mais dispõe de recursos tecnológicos

específicos, atividades de diagnóstico e reabilitação, assim como maior precisão de monitoramento para uma assistência mais complexa, condizente ao cuidado ao paciente em estado crítico, assegurando, assim, um cuidado rigoroso e livre de iatrogenias (BENEDET; AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2012).

Além da demanda assistencial que os pacientes possuem, os profissionais de enfermagem atuantes nesse setor sofrem com exigências variadas e complexas da organização de trabalho que, por sua vez, amiúde, são prejudicadas devido à falta de recursos materiais e ao déficit de pessoal qualificado. Tal sobrecarga pode ocasionar relações interpessoais conflituosas e, somando todos esses fatores, tem-se um profissional exposto a fatores considerados estressores e que conduzem ao esgotamento emocional e físico (MARTINS et al., 2014).

O contexto da prática profissional é definido como as características organizacionais de um ambiente de trabalho que facilitam ou dificultam a prática da Enfermagem (ERICKSON; DITOMASSI, 2011). A Associação Americana de Enfermeiros de Cuidados Críticos reconhece a ligação inseparável entre a qualidade do ambiente de trabalho, a excelência da prática de Enfermagem e os resultados da assistência ao paciente e familiar, destacando seis padrões essenciais para estabelecer e sustentar um ambiente de trabalho saudável: habilidade de comunicação, colaboração entre os membros da equipe, tomada de decisão efetiva pelos enfermeiros, número adequado de profissionais, reconhecimento do enfermeiro por sua contribuição e liderança autêntica pelos enfermeiros líderes (AACN, 2005).

Isto posto, conhecendo a necessidade de uma ambiente de cuidado intensivo organizado e com recursos disponíveis para a assistência ao paciente crítico, com o fito de oferecer qualidade no cuidado, dei início a reflexões sobre quais poderiam ser os impactos na segurança dos pacientes diante da configuração da gestão fiscal no serviço de saúde pública.

Em relação ao financiamento público, com a criação da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) (Lei Complementar nº101, de 04 de maio de 2000), aprovada pelo Congresso Nacional, foram estabelecidas normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal, dando outras providências. Neste sentido, foram introduzidas novas obrigações para o gestor público dos três poderes, impondo disciplina fiscal em relação à elaboração e à execução dos orçamentos da União, do Distrito Federal (DF), dos estados e dos municípios. Dentre os princípios da Lei estão o planejamento, a transparência em relação aos gastos e a participação da sociedade, determinando os limites dos gastos com as despesas de pessoal (BRASIL, 2000a; MARTINS; MARQUES, 2013).

Neste contexto, o desenvolvimento de princípios e normas para a gestão fiscal das finanças públicas desempenham um papel central no controle dos gastos públicos e na manutenção da dívida pública em uma trajetória de sustentabilidade. Com o objetivo de controlar os gastos públicos nos estados brasileiros, inúmeras legislações foram criadas e implementadas, mas parte destas legislações apresentou falha ao propor a reestruturação e ajustes fiscais sem a eliminação das fontes do desequilíbrio financeiro da administração pública (CRUZ et al., 2018).

Dentre as legislações aplicadas aos Estados brasileiros, a LRF é apontada como peça fundamental do arcabouço institucional, visto que busca garantir o equilíbrio das finanças públicas, a transparência da gestão fiscal, bem como o estabelecimento de regras no processo do endividamento público estadual. Embora a lei tenha sido determinante para a trajetória descendente da dívida dos Estados no início da década de 2000, a redução do ritmo de crescimento da receita corrente líquida (RCL) e o contínuo ciclo de avanço das despesas correntes, associados ao progressivo endividamento estadual e ao afrouxamento fiscal da LRF, resultaram no agravamento da crise fiscal em grande parte dos entes federados, em especial, no Estado do Rio de Janeiro (MORA, 2016).

Em relação à dívida pública, a LRF fundamenta os parâmetros para o controle do endividamento, as operações de crédito, a concessão de garantia e o refinanciamento da dívida mobiliária. Além de estipular estes limites, a LRF é responsável por acompanhar as metas fiscais para a manutenção da dívida pública em níveis considerados sustentáveis (BORGES et al., 2013; LIMA; SAMPAIO; GAGLIANONE, 2008). Neste contexto, desafios relacionados às finanças estaduais estão configurados.

Assim, tem-se que o afrouxamento fiscal em 2014, promovido pela alteração do índice de correção da dívida dos estados com a União, leva ao questionamento quanto à possibilidade de ampliação de endividamento e ao estímulo de um comportamento fiscal irresponsável, dada a possibilidade de auxílio por parte da União. Ademais, enfatiza-se que as crises econômicas ocorridas entre 2008/2009 e 2013/2016, que foram responsáveis por reduzir o superávit primário dos estados como proporção do PIB e o comportamento de redução do superávit acentuado a partir de 2012, que afetou a relação dívida/PIB, têm colocado muitos estados em situação de crise e de calamidade pública (CALDEIRA et al., 2016.)

A insuficiência de recursos financeiros e a conseqüente sobrecarga dos municípios em relação aos custos da assistência, bem como os limites impostos pela LRF são fatores determinantes da baixa capacidade dos municípios em gerenciar a força de trabalho desde a

contratação e, conseqüentemente, a composição e a distribuição das equipes, bem como a fixação dos profissionais para cobrir as demandas dos serviços (RIZZOTO et al., 2014)

Constantemente, os sistemas de Saúde em todo o mundo são desafiados a responder às necessidades de saúde das comunidades frente às restrições orçamentárias que limitam o potencial das estruturas, afetando as condições de trabalho dos profissionais (BASU et al., 2012; STUCKLER et al., 2011), com conseqüências diretas na organização do trabalho das instituições hospitalares.

Em relação ao sistema público de saúde, o mesmo foi resultado de décadas de luta de um movimento que se denominou Reforma Sanitária. Foi instituído pela Constituição Federal de 1988 e consolidado pelas Leis 8.080 e 8.142. Esse sistema foi denominado Sistema Único de Saúde (SUS). Algumas características desse sistema de saúde, começando pelo mais essencial, dizem respeito à colocação constitucional de que saúde é direito do cidadão e dever do Estado (CARVALHO, 2013).

A lei que regulamentou a Constituição Federal foi a 8.080, que definiu, bem claramente, os objetivos do SUS: identificar e divulgar os condicionantes e determinantes da saúde; formular a política de saúde para promover os campos econômico e social a fim de diminuir o risco de agravos à saúde; executar ações de saúde de promoção, proteção e recuperação, integrando medidas assistenciais e preventivas (CARVALHO, 2013).

O grande desafio no processo de construção do Sistema Único de Saúde tem sido transpor os princípios doutrinários da universalidade, igualdade e integralidade da atenção à saúde dos textos legais para a prática cotidiana dos serviços de saúde. Esses princípios e a qualidade do atendimento deveriam ser configurados como prioridades dos governos em todos os níveis de gestão, com a criação de mecanismos e de estratégias que superem os nós críticos da organização e gestão da atenção à saúde (RIZZOTO et al., 2014).

Os obstáculos vão desde o estabelecimento excessivo e centralizado de normas que dificultam o funcionamento das unidades locais, como horário de funcionamento, localização, processos de trabalho e baixa autonomia das equipes; problemas de ordem estrutural do sistema de saúde, como o financiamento insuficiente para a alocação de recursos adequados à prestação de serviços de saúde universais, integrais e resolutivos; até a disponibilidade e gestão da força de trabalho em saúde, considerada fator decisivo e crítico para a consolidação do sistema (RIZZOTO et al., 2014).

No Brasil, a partir da década de 1990, o setor saúde foi afetado pelas ações decorrentes da Reforma do Estado, e uma das justificativas levantadas foi a necessidade de modernização

e introdução do país no cenário internacional. O Estado passou a ser visto como uma máquina “pesada”, ineficiente e altamente burocrática (SEIDL et al., 2014).

Nesse sentido, a desregulamentação das regras do aparelho estatal foi o grande mote da onda neoliberal na década de 1990, responsável pela ampliação do mercado, flexibilização das relações de trabalho e transferência de responsabilidades estatais para organizações de direito privado. Assim, o papel do Estado na provisão de serviços essenciais, como saúde e educação, já não era mais reconhecido como necessário. A reforma do Estado contribuiu para a flexibilização dos contratos com base no argumento de maior controle de gastos com recursos humanos (NOGUEIRA, 1999).

O Brasil, sob a influência das políticas neoliberais que defendem o Estado mínimo, dedicou décadas de esforços à gestão financeira do sistema como principal estratégia de redução de custos e resolução dos problemas da saúde, deixando de investir e implementar inovações na organização dos serviços, na gestão do cuidado e, principalmente, na gestão da força de trabalho em saúde, considerada central para a consolidação de um sistema de saúde de qualidade (RIZZOTO et al., 2014).

Dentre as consequências desse processo de reforma, verificou-se a abertura de precedentes para a proliferação de formas variadas de vínculos empregatícios (muitos deles precários), ainda adotadas nos dias atuais, em todos os níveis de gestão do nosso sistema de saúde. Uma dessas consequências foi a precarização do trabalho, que fez parte de um conjunto de tendências muito fortes e cuja discussão, na década de 2000, trouxe para a pauta do governo federal um enfrentamento no sentido de acabar com essa realidade (SEIDL et al., 2014).

De modo geral, o tema “precarização do trabalho” costuma ser discutido em conjunto com a flexibilização das leis trabalhistas. No caso do SUS, incluindo a Atenção Básica, a precarização dos vínculos e da regulação das relações de trabalho têm algumas particularidades, tendo em vista a desestruturação do aparato do Estado e do Plano de Cargos e Salários, suas carreiras ocorridas nas últimas décadas e dos constrangimentos impostos pelo contexto de restrição fiscal pela LRF (BRASIL, 2003).

A precarização do trabalho, na atualidade, é resultado das profundas transformações societárias no mundo do trabalho e das novas e antigas funções do Estado por meio das políticas sociais, resultado dos ajustes neoliberais. Desta forma, a compreensão sobre a precarização do e no trabalho exige uma análise profunda da crise do capital e, ao mesmo tempo, da capacidade de organização da classe trabalhadora nos diversos espaços sócio-ocupacionais e políticos. Esta crise tem sido tanto uma condição básica para a elevação das

taxas de lucro quanto para a redução dos direitos e reformulação das condições gerais do contrato de trabalho (EBERHARDTL; CARVALHO; MUROFUSE, 2015).

Neste sentido, Gonçalves et al. (2014) afirmam que o modelo neoliberal busca, através da flexibilização, redução de gastos e maior produtividade, o que expressa o perfil equivocado e pouco racional desta política com características neoliberais para o setor saúde e educação. Ramos et al. (2014) asseveram que este tipo de gestão tem como principais metas o enxugamento da máquina pública, a diminuição de encargos com pessoal e a privatização da saúde para diminuir os gastos do Estado, o que é uma incoerência em relação aos princípios constitucionais.

Diante do contexto precário apresentado, pontua-se a Psicodinâmica do trabalho como responsável por distinguir o trabalho real do trabalho prescrito. O conceito de trabalho envolve a ação do trabalhador ao lidar com as prescrições da organização e as variantes inerentes à realidade, compreendendo-se que:

trabalhar é preencher a lacuna entre o prescrito e o real [...] o que é preciso fazer para preencher esta lacuna não tem como ser previsto antecipadamente. O caminho a ser percorrido entre o prescrito e o real deve ser, a cada momento, inventado ou descoberto pelo sujeito que trabalha. Desta forma, o trabalho se define como sendo aquilo que o sujeito deve acrescentar às prescrições para poder atingir os objetivos que lhe são designados; ou ainda aquilo que ele deve acrescentar de si mesmo para enfrentar o que não funciona quando ele se atém escrupulosamente à execução das prescrições (DEJOURS, 2004, p.28).

Quando existe referência à construção de novos saberes para a execução das atividades laborais, fala-se no real do trabalho (DEJOURS, 2004), que ocorre frente aos imprevistos e adaptações necessárias à realização do mesmo. Ou seja, trata-se do engajamento e manejo do trabalhador para conseguir lidar com as demandas que não puderam ser previstas. Isso significa que sempre haverá o trabalho prescrito, permeado por normas e prescrições sobre o que e como as tarefas devem ser realizadas, o que será responsável por guiar a ação do trabalhador para que chegue ao trabalho real - aquele que acontece de fato (DEJOURS, 2004).

A discussão sobre a gestão do trabalho em saúde vem ocupando cada vez mais a agenda dos gestores e pesquisadores em saúde, tornando-se um ponto crítico para a sobrevivência do SUS. A adaptação da força de trabalho às novas demandas do sistema produtivo, com treinamento, qualificação profissional e emprego, tornou-se o grande desafio para o campo da gestão do trabalho em saúde, sobretudo, neste contexto tão insólito e adverso (MARTINS, 2016).

Neste sentido, o crescimento do setor terciário ou setor público não-estatal, que vem ganhando peso no Brasil desde a redemocratização do país na segunda metade dos anos 80,

levou a um aumento considerável da terceirização de serviços públicos, especialmente na área de saúde, através de contratos de gestão com Organizações Sociais (OS). Tal situação fez emergir várias formas de contratação de pessoal, que nem sempre garantem direitos sociais e laborais para os trabalhadores (MARTINS, 2016).

A terceirização, considerada a principal dimensão da flexibilização, é uma forma especial de privatização que a Administração Pública utiliza para transferir parcialmente a responsabilidade da produção de alguns de seus serviços, pela contratação de terceiros, para o desempenho das atividades-meio (ALVES et al., 2015).

No que diz respeito à regulação do trabalho, as modificações decorrentes do estabelecimento deste novo panorama acaba por colocar o trabalhador em uma posição vulnerável, através de contratos não regulamentados e com curto prazo. Da mesma forma, a externalização das normas e regras de admissão, demissão, contratação e qualificação podem comprometer os princípios básicos das relações de trabalho no setor público, como a perspectiva de estabilidade e carreira dos profissionais. Este novo modelo tem um impacto direto na estrutura do emprego e no processo de trabalho (MARTINS, 2016).

Quanto ao ambiente de trabalho e à cultura de segurança, deve-se considerar as ações dos profissionais de saúde frente às suas práticas. Assim, a cultura de segurança provém da cultura organizacional, entendida como o conjunto de valores, normas, crenças e expectativas presentes entre as partes de uma determinada organização. Neste contexto, o clima organizacional, uma vez mensurado, pode ser considerado como indicador de comportamento, produtividade, motivação e satisfação dos profissionais (CARVALHO; CASSIANI, 2012).

Oferecer equipamentos e materiais de consumo de qualidade e em número adequados atende a uma premissa básica de recursos com o intuito de garantir qualidade na assistência. Cumprir as normas de biossegurança fornecendo equipamentos de proteção individual (EPI) adequados é relevante para que o profissional de saúde desenvolva uma assistência isenta de riscos para si mesmo e para o paciente. Nesta perspectiva, a Norma Regulamentadora (NR) 32 sobre segurança do trabalho define como Risco Biológico a probabilidade da exposição ocupacional a agentes biológicos (microrganismos, parasitas e toxinas). E, sendo assim, o não uso do EPI desobedece as normas de segurança e favorece a contaminação do profissional, implicando a transmissão de infecção hospitalar ou infecções relacionadas à saúde (IRAS) (FIGUEIREDO; AQUINO; PISCOPO, 2016).

A insuficiência de recursos financeiros contribui para a diminuição ou mesmo a supressão da aquisição de materiais, fazendo com que os profissionais de enfermagem

recorram à improvisação na assistência para substituir o material ausente ou com problemas (VAGHETTI et al., 2011). Contudo, a contínua busca pela eficiência técnico científica requer uso racional de recursos, sem o desenvolvimento de arranjos ou improvisações indevidas de materiais e equipamentos que possam provocar práticas inconsequentes em serviços de saúde (OLIVEIRA; COSTA; ARNDT, 2012).

Portanto, ao mesmo tempo em que os trabalhadores se mobilizam para efetuar adaptações e improvisações, eles se acomodam e se alienam diante da precarização das condições de trabalho, dificultando a transformação da organização do trabalho, no sentido de torná-la mais adequada ao desenvolvimento da assistência (SANTOS, 2012).

Além do conhecimento técnico científico, é preciso que os profissionais tenham boas condições de trabalho para prestar uma assistência eficaz (FIGUEIREDO; ZUFFI, 2012). Ademais, faz-se necessária a oferta de produtos de qualidade para higienização das mãos, que são responsáveis por promover a segurança do profissional e do paciente (GARCIA et al., 2013).

Isto posto, ratifica-se que, para a realização de um trabalho seguro dentro das normas de biossegurança, o abastecimento de insumos e EPI são fundamentais como medidas preventivas de infecção hospitalar ou às infecções relacionadas à assistência à saúde (FIGUEIREDO; AQUINO; PISCOPO, 2016).

Em relação à clientela, um dos maiores desafios da gestão em Saúde é a análise dos indicadores de qualidade e o impacto potencial na segurança do paciente. A segurança do paciente tem por objetivo a redução do risco de danos desnecessários relacionados aos cuidados de saúde para um mínimo aceitável, com os recursos disponíveis e o contexto em que os cuidados são prestados (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011). Assim, o tema se tornou uma política de saúde prevalente em todo o mundo; sendo vista como um paradigma, prática ou movimento, reunindo diferentes comunidades em torno de um objetivo comum (LAMONT; WARING, 2015).

A cada ano, ocorrem nos EUA entre 5 a 10 episódios de pneumonia relacionada à assistência à saúde por 1.000 admissões. Segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANS) (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2017a), estas infecções são responsáveis por 15% das IRAS e aproximadamente 25% de todas as infecções adquiridas nas UTI (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2017a).

A infecção primária de corrente sanguínea (IPCS) está entre as mais comumente relacionadas à assistência à saúde. A IPCS se associa a importante aumento de mortalidade, a maior tempo de internação e a incrementos de custos relacionados à assistência. A

mortalidade varia entre pacientes (a mortalidade por IPCS pode atingir até 69%). Com as ações de pacotes de medidas preventivas, os chamados *Bundles*, houve uma redução da IPCS de modo consistente e duradouro. Tais pacotes envolvem a adoção de medidas como higiene das mãos; uso de EPI (gorros, máscaras, avental e luvas estéreis); uso de soluções antissépticas etc. (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2017a), demonstrando a importância do abastecimento de insumos das instituições hospitalares para a segurança do paciente.

Um estudo da Universidade Potiguar, publicado em junho de 2016 (FIGUEIREDO; AQUINO; PISCOPO, 2016), evidenciou que, através da análise de planilhas de 2012 a 2013, após o mês de agosto (período de falta de aventais de proteção), houve um aumento do número de prescrições de dois antibióticos, a Colistina e o Carbapenem, muito empregados no controle de infecção hospitalar causada pela bactéria *Klebsiella Pneumoniae Carbapenemase* (KPC), comum em casos de IRAS (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2013b).

Segundo os entrevistados, no primeiro semestre de 2012, foi detectada a ocorrência da falta de avental, devido ao problema de abastecimento do insumo. Assim, foi observado que a falta de aventais foi compensada pelo aumento de consumo de luvas descartáveis, fato esse que não evitou o aumento de casos de infecção hospitalar. Ao contrário, observou-se que, após o mês de agosto de 2012, houve um elevado número de prescrições de antibióticos para o tratamento dos pacientes (FIGUEIREDO; AQUINO; PISCOPO, 2016).

No mesmo período, devido às infecções por KPC relatadas nesta pesquisa, ocorreu o pior dos desfechos, como óbitos de pacientes; foram notificados nos relatórios da Comissão de Controle de Infecção Hospital (CCIH) um total de 44 pacientes com infecção pela bactéria, sendo 18 com desfecho de óbito. O próprio surto interno da KPC e consequentes mortes gerou estresse na equipe de atendimento (FIGUEIREDO; AQUINO; PISCOPO, 2016).

No mesmo período de aumento das infecções, foram utilizadas luvas de maneira inapropriada, como garrote para punção venosa. Além disso, devido à falta do tamanho ideal de luvas para os profissionais, verificou-se um aumento no consumo das mesmas, pois rasgavam ao serem colocadas em mãos maiores do que a numeração ideal. Para agravamento do panorama, deve-se considerar ainda o risco de acidentes, pois luvas muito grandes em mãos muito pequenas reduzem a área de contato e dificultam a precisão da atividade a ser realizada, podendo, assim, estar relacionadas com a incidência de infecções (FIGUEIREDO; AQUINO; PISCOPO, 2016).

Nesta perspectiva, tendo em vista a complexidade e atualidade do tema proposto, infere-se a relevância da necessidade de discussão sobre a gestão em saúde do Estado do Rio de Janeiro e suas consequências para a organização do trabalho, para a saúde do trabalhador e para o paciente.

No intuito de identificar publicações acerca do contexto da organização do trabalho e da segurança do paciente, foi realizada busca na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando as bases de dados online da MEDLINE, Bases de Dados da Enfermagem (BDENF), do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME) e na LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde).

Para a captação de material, foram adotados os seguintes critérios de inclusão: artigos originais e de revisão, cujos textos estivessem disponibilizados na íntegra, sem restrição de idioma, sendo estabelecido como recorte temporal o período de 2013 a 2018. Os critérios de exclusão foram: produções científicas que não fossem de domínio público.

Na busca dos artigos nas bases de dados, recorreu-se as terminologias e/ou Descritores (DECS): “enfermagem”; “gestão em saúde”; “saúde do trabalhador”; “unidade de terapia intensiva (UTI)” e “segurança do paciente”. Devido à especificidade do tema proposto, também foram utilizadas as seguintes palavras-chave: “Rio de Janeiro” e “Gestão Fiscal”.

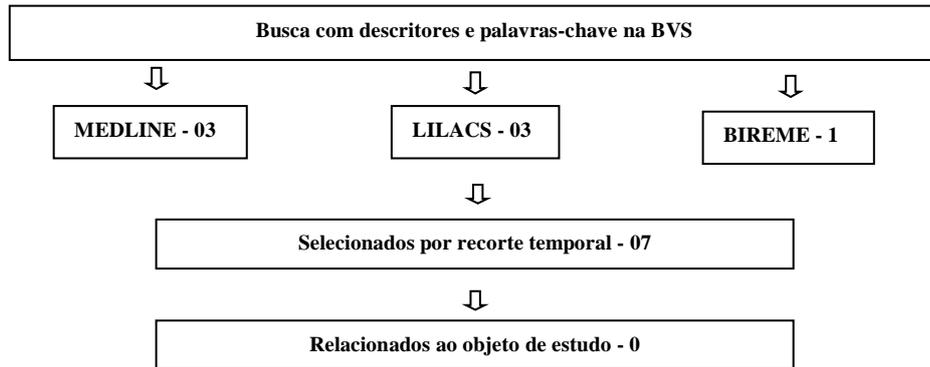
A busca foi realizada no período de julho a agosto de 2018, sendo captadas 07 publicações entre os anos de 2013 a 2018. Destes, 03 pertenciam à LILACS, 01 estava vinculada à BIREME e 03 à MEDLINE, portanto, não se encontraram artigos na BDENF. Verificou-se que, em relação ao idioma, 03 estavam no idioma inglês e 04 em português.

Após a leitura dos 07 trabalhos selecionados, concluiu-se que nem um deles estava relacionado ao objeto de estudo desta pesquisa. Isto posto, justifica-se a relevância da presente pesquisa para discutir a influência da organização do trabalho hospitalar para a saúde do trabalhador de Enfermagem diante do cenário atual de precarização dos serviços de saúde e das relações de trabalho e para a segurança do paciente.

Ademais, vislumbra-se destacar e fortalecer a temática da segurança do paciente diante deste contexto, ratificando a importância da temática na formação e especialização dos profissionais de Enfermagem, contribuindo, assim, para que novas estratégias de intervenção para a promoção da qualidade na assistência possam ser implementadas, promovendo um maior controle de riscos.

Considerou-se relevante apresentar um fluxograma para demonstrar, de forma sintética, o processo de captação do material na BVS, exposto a seguir e descrito no Apêndice A desta dissertação.

Figura 1- Descrição da coleta de dados (2018)



Fonte: A autora, 2018.

Considerando o objeto apresentado, construíram-se as seguintes questões norteadoras:

- a) Como se caracterizam a organização e as condições de trabalho de enfermeiros atuantes em Unidades de Terapia Intensiva de um hospital público estadual do Rio de Janeiro?
- b) Quais são os fatores relacionados à organização do trabalho e às condições laborais das Unidades de Terapia Intensiva, de um hospital público estadual do Rio de Janeiro, que interferem na segurança dos pacientes?

Os objetivos traçados foram:

- a) identificar a percepção dos enfermeiros das Unidades de Terapia Intensiva sobre a configuração da organização e condições de trabalho deste cenário;
- b) analisar as repercussões da configuração da organização do trabalho nas unidades cardiointensivas para a saúde do trabalhador de enfermagem; e
- c) discutir os impactos da configuração da organização do trabalho para a segurança do paciente em terapia intensiva.

Contribuições do Estudo

No âmbito social, acredita-se que esta pesquisa será capaz de levar a refletir sobre a importância da responsabilidade fiscal e sua relação direta com os serviços de saúde, bem como sobre a organização e condições de trabalho em hospitais públicos, em especial, nas Unidades de Terapia Intensiva.

Na assistência, esta pesquisa poderá despertar a discussão a respeito da influência da organização do trabalho em saúde por meio da visão dos enfermeiros, além de proporcionar reflexão sobre as consequências para segurança do paciente no âmbito da assistência

hospitalar, podendo acarretar melhorias na qualidade da assistência prestada ao paciente. Outrossim, entende-se que tal estudo minimizará a incipiente produção do conhecimento deste tema na produção científica da Enfermagem, contribuindo para reduzir o vácuo de estudos relacionado à temática.

Ademais, destaca-se como contribuição a busca pelo fortalecimento da Linha de Pesquisa do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (PPGENF/UERJ) intitulada “Trabalho, educação e formação profissional em Saúde e Enfermagem”, e do Grupo de Pesquisa “O mundo do trabalho como espaço de produção de subjetividade, tecnologias e formação profissional em saúde e Enfermagem”, por meio da divulgação dos resultados apreendidos.

Salienta-se que este estudo está em consonância com a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (ANPPS). Tal agenda é um instrumento de gestão pelo qual o Ministério Saúde (MS) detalha as prioridades de pesquisa para este campo, objetivando aumentar a seletividade e a capacidade de indução de iniciativas de fomento à pesquisa no país (GUIMARÃES et al., 2006).

A Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde tem como pressuposto respeitar as necessidades nacionais e regionais de saúde e aumentar a indução seletiva para a produção de conhecimentos, bens materiais e processuais nas áreas prioritárias para o desenvolvimento das políticas sociais (BRASIL, 2008). Neste sentido, o estudo sobre a percepção dos enfermeiros sobre as influências da gestão em saúde na organização do trabalho e na segurança do paciente visa contribuir para aprimorar a discussão acerca das características do trabalho em saúde, em especial da enfermagem, inserindo-se nas subcategorias “gestão do trabalho” e “educação em saúde”.

1 REVISÃO DE LITERATURA

1. 1 Gestão pública no Estado do Rio de Janeiro

1.1.1 Lei de Responsabilidade Fiscal e a dívida pública

Um problema frequente que vem afligindo a sociedade brasileira é o peso da dívida pública no orçamento dos governos na atualidade. Nesta perspectiva, descreve-se a finalidade da atividade financeira do Estado afirmando que:

a finalidade última do Estado é a realização do bem comum. E para isso o Estado precisa prover e aplicar recursos financeiros. Daí porque os fins da atividade financeira coincidem com as próprias finalidades da atuação estatal destinada à satisfação das necessidades coletivas, que crescem na mesma proporção do agigantamento do Estado moderno. Essas necessidades coletivas são inúmeras e das mais variadas espécies (HARADA, 2011, p. 4).

O Estado tem obrigação de implementar ações que visam proteger a população quanto a toda sorte de vulnerabilidade social, econômica ou ambiental, destinando parte do orçamento para esta finalidade. Entretanto, nem sempre o valor é suficiente para atender integralmente às necessidades que surgem, gerando carências que, quando não atendidas pela iniciativa privada ou organizações do Terceiro Setor, acabam por deixar a população em situação de vulnerabilidade permanente (ANDRADE; OLIVEIRA, 2017).

Sobre o conceito de Terceiro Setor, infere-se que é conceituado como:

o conjunto de organismos, organizações ou instituições sem fins lucrativos dotados de autonomia e administração própria que apresentam como função e objetivo principal atuar voluntariamente junto à Sociedade Civil visando ao seu aperfeiçoamento (PAES, 2013, p. 87).

O Terceiro Setor também é entendido como um segmento social difuso, que atua entre o Estado e o mercado, reunindo um grande número de organizações de natureza jurídica privada e sem fins lucrativos. Estas, por sua vez, são registradas como não tendo fins lucrativos, o que acaba por abrir caminho para um conjunto de benefícios fiscais e outros

incentivos governamentais, que podem ser pleiteados em nome de ações e projetos de interesse público desenvolvidos por essas organizações (MENDES, 2014).

O período entre 1995 e 1998 foi marcado por uma crise financeira dos estados. Os déficits primários estaduais representavam, em média, 0,4% do PIB (Produto Interno Bruto) (TABOSA; FERREIRA; SIMONASSI, 2011). Assim, em 1998, foi criado o Programa de Estabilização Fiscal, estabelecendo metas para o setor público, visando à manutenção de superávits fiscais primários e à sustentabilidade da dívida no Brasil. No ano 2000, a LRF fixou os limites dos gastos com pessoal e endividamento público, além dos mecanismos claros para a correção de eventuais desvios, restringindo a atuação da política fiscal (TABOSA et al., 2016).

A dívida pública constituiu uma importante alavanca para impulsionar a acumulação de capital, pois fez prosperar as sociedades anônimas, o comércio e os bancos, dando origem a um sistema internacional de crédito que patrocinou o processo de acumulação primitiva em outros países. O Estado é comprometido com o processo de reprodução social capitalista, sendo um dispositivo a favor da acumulação de capital. Através de suas funções controladoras, regulatórias, repressivas, e, através das suas finanças, garante as “condições gerais de acumulação”. E, para desempenhar este papel, sempre recorreu ao déficit orçamentário, instituindo e consolidando a dívida pública (BARBOSA, 2016).

Diante das metas a serem alcançadas pela atividade financeira do Estado, como a prestação de serviços públicos, bem-estar e a preservação da vida humana na sociedade, com o passar dos anos, o Estado vem sucumbindo ao seu principal ideal a fim de manter sua subsistência. A falha em satisfazer as necessidades públicas básicas que são de sua responsabilidade promove o sentimento de indignação na sociedade, que passa a ver o Estado como mero arrecadador de tributos e não como entidade que visa o bem comum da sociedade (SILVA, 2018).

A Lei Complementar N° 101, de 04 de maio de 2000, discorre sobre a responsabilidade fiscal dos estados, estabelecendo as normas de finanças públicas, voltada essencialmente para a responsabilidade na gestão fiscal. O Governo Federal disponibilizou um documento definindo a lei de responsabilidade fiscal, no qual foi transcrito que “a Lei de Responsabilidade Fiscal é um código de conduta para os administradores públicos de todo o país, que passa a valer para os três Poderes (Executivo, Legislativo e Judiciário), nas três esferas de governo, federal, estadual e municipal” (BRASIL, 2015). Portanto, a mesma representa um código de conduta, que vem disciplinar a responsabilidade de gestão fiscal dos

administradores públicos em relação aos orçamentos, receitas e despesas públicas, em busca da transparência na prestação de contas dos setores públicos e bom funcionamento da máquina estatal (SILVA, 2018).

A Lei de Responsabilidade Fiscal tem como objetivo tornar as finanças públicas mais transparentes e gerar equilíbrio financeiro aos entes públicos. Dentre os pontos de destaque para que ocorra a responsabilidade de gestão fiscal, a ação planejada é a embasada em planos previamente traçados e, no caso do serviço público, sujeitos à apreciação e aprovação da instância legislativa, garantindo-lhes a necessária legitimidade, característica do regime democrático de governo (NASCIMENTO; DEBUS, 2018).

A responsabilidade de gestão fiscal é determinada pelo parágrafo 1º do art. 1º da mencionada Lei, que especifica:

a responsabilidade na gestão fiscal pressupõe a ação planejada e transparente, em que se previnem riscos e corrigem desvios capazes de afetar o equilíbrio das contas públicas, mediante o cumprimento de metas de resultados entre receitas e despesas e a obediência a limites e condições no que tange a renúncia de receita, geração de despesas com pessoal, da seguridade social e outras, dívidas consolidada e mobiliária, operações de crédito, inclusive por antecipação de receita, concessão de garantia e inscrição em Restos a Pagar (BRASIL, 2000a, p. 1).

Isto posto, entende-se que a responsabilidade na gestão fiscal se caracteriza por planejamento e transparência nas contas públicas, prevenindo riscos e corrigindo desvios no equilíbrio financeiro, com observância de metas de resultados entre receitas e despesas, a fim de que haja equilíbrio financeiro, buscando a obediência a limites e condições impostos por lei (SILVA, 2018).

O planejamento, através da aprovação legislativa, regula os planos de finanças públicas para determinado período, além de garantir a previsão de despesas e arrecadação públicas, gerando a própria prevenção de gastos públicos. Em relação à transparência, também descrita no início do parágrafo 1º, art. 1º, da LRF, será implementada através do conhecimento e da participação da sociedade, assim como na ampla publicidade que deve cercar todos os atos e fatos ligados à arrecadação de receitas e à realização de despesas pelo poder público (NASCIMENTO; DEBUS, 2018).

No âmbito da prevenção de riscos, através da elaboração de orçamentos fiscais e da seguridade social, preconiza-se a adoção de mecanismos para neutralizar o impacto de situações contingentes, tais como ações judiciais, e essas eventualidades serão atendidas com os recursos da reserva de contingência, a ser prevista na LDO (Lei de Diretrizes Orçamentárias) (NASCIMENTO; DEBUS, 2018).

A LDO determina quais serão as metas e prioridades para o ano seguinte, fixando o montante de recursos que o governo pretende economizar; dispendo sobre as diretrizes para a elaboração e execução orçamentária, através de regras e limites para as despesas dos Poderes; autorizando o aumento das despesas com pessoal; regulamentando as transferências a entes públicos e privados; disciplinando o equilíbrio entre as receitas e as despesas, além de indicar prioridades para os financiamentos pelos bancos públicos (BRASIL, 2017).

Sobre a correção de desvio, ratifica-se que:

se a despesa de pessoal em determinado período exceder os limites previstos na lei, medidas serão tomadas para que esse item de gasto volte a situar-se nos respectivos parâmetros, através da extinção de gratificações e cargos comissionados, além da demissão de servidores públicos, nos termos já previstos na Constituição Federal (NASCIMENTO; DEBUS, 2018, p. 11)

Desta forma, entende-se que o setor público não deve visar lucro e nem cometer endividamento financeiro. Ao passo que existe cumprimento das normas instituídas pela lei complementar para a responsabilidade de gestão fiscal, torna-se capaz de verificar uma melhoria na aplicação das finanças públicas, com consequentes retornos positivos aos contribuintes e ao Estado (SILVA, 2018).

Esta crescente dívida pública atende às necessidades do atual padrão de acumulação financeirizado e implica maiores gastos financeiros por parte do Estado, determinando mudanças no perfil dos gastos estatais. Por ser uma forma de financiamento do Estado para realização de suas funções, torna-se necessária para a criação das condições gerais de acumulação, atendendo aos interesses capitalistas, porém, trazendo graves implicações econômicas e sociais (BARBOSA, 2016).

No setor da saúde, o compromisso com a consolidação do SUS frequentemente figurou como plataforma política dos diferentes governos desde sua criação, e, apesar disso, muitos foram os desafios para a garantia de seu financiamento (VIEIRA; BENEVIDES, 2016).

No contexto do financiamento, a Emenda Constitucional (EC), editada em 13 de setembro de 2000, assegura a coparticipação da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios no ato de financiar as ações e serviços de saúde pública, estabelecendo limites mínimos de aplicação em Saúde para cada unidade federativa (BRASIL, 2000b).

A EC 29 é responsável por estabelecer que os gastos da União com a Saúde devem ser iguais ao do ano anterior, corrigidos pela variação nominal do PIB. Já os estados e municípios devem garantir 12% e 15%, respectivamente, de suas receitas para o financiamento à Saúde.

Nos exercícios seguintes, até 2004, os percentuais fixados para os estados e municípios deveriam ser elevados até atingirem 12% e 15% das receitas estaduais e municipais, respectivamente. A aprovação da EC 29/2000 representou uma importante vitória da sociedade em relação ao desenvolvimento do SUS. Em seu texto, a emenda estabeleceu a vinculação de recursos com ações e serviços de saúde nas três esferas de governo para um financiamento mais estável do SUS, de reforçar o papel do controle e fiscalização dos conselhos de saúde e de prever sanções para o caso de descumprimento dos limites mínimos de aplicação em saúde. (SILVA et al, 2015).

Desde o início da vigência da EC 29/2000, as execuções orçamentárias anuais do Governo Federal foram sempre muito próximas ao mínimo sugerido pela Constituição. Tal prática manteve a participação do gasto federal em relação ao PIB em torno de 1,7%, sem configurar avanços além deste número, mesmo nos períodos de maior expansão econômica (BRASIL, 2016).

Essa trajetória de baixa priorização da Saúde nos orçamentos anuais e no processo de execução orçamentária determinará piora deste quadro com o Novo Regime Fiscal, instituído pela Emenda Constitucional nº 95, de 2016 (BRASIL, 2016). Tal emenda é responsável por congelar o gasto primário federal por 20 anos, com profundos impactos no financiamento da Saúde (VIEIRA; BENEVIDES, 2016).

Pretende-se, com a EC 95, visando a uma suposta retomada do crescimento econômico, reduzir os gastos públicos com políticas relevantes em relação ao PIB, gerando menor esforço do Estado para garantia dos direitos sociais, entre eles, o direito à saúde. A mesma é responsável por impor à sociedade brasileira uma ruptura na trajetória de consolidação do estado de bem-estar social, construído nas últimas décadas de forma lenta, mas de maneira consistente. Na saúde, será responsável por implicar maiores dificuldades para a efetivação do direito à saúde, influenciando a quem dispõe de maior recurso financeiro para o mercado de planos de saúde; os que têm consciência de seu direito, da responsabilidade do Estado e meios de exigí-lo, para a judicialização; e os mais vulneráveis, por sua vez, sujeitos à insuficiência da oferta e da qualidade dos serviços públicos cada vez mais precarizados no cenário da saúde (VIEIRA, BENEVIDES, 2016).

1.1.2 O caso do Estado do Rio de Janeiro

O Estado do Rio de Janeiro (RJ) vem sofrendo nos últimos anos para lidar com as finanças públicas do estado, num panorama repleto de escândalos envolvendo governantes e dívidas orçamentárias. É nítido que muito do quadro crítico do estado se deve ao não cumprimento das normas de responsabilidade na gestão fiscal. O fato de os responsáveis deixarem que o Rio de Janeiro chegasse a uma dívida pública exorbitante demonstra o descompasso da realidade do estado frente às diretrizes imposta pela Lei Complementar nº 101/2000 (SILVA, 2018).

Em reportagem sobre a crise do estado, apurou-se com a Secretaria Estadual da Fazenda do RJ que o déficit em 2016 era de R\$ 19 bilhões e que, deste valor, R\$ 12 bilhões diziam respeito a contas do estado com a Rio Previdência e R\$ 7 bilhões eram de dívida pública (PUFF, 2016).

Os empréstimos, não só federais, mas estaduais e municipais, dão sinais de agravamento da situação financeira. A capacidade de investir em ações sociais é alterada em sentido contrário ao aumento dos encargos da dívida, sobrecarregada pelas altas taxas de juros, pela variação cambial acumulada e pela inflação, agora em aceleração. Este panorama evidencia os sinais de colapso no estado do Rio de Janeiro, com os recentes atrasos nos pagamentos de salários aos servidores e fornecedores de bens e serviços, o que causa sérios e complexos problemas para os trabalhadores, suas famílias e para o mercado regional (ANDRADE; OLIVEIRA, 2017).

Os jogos Olímpicos e Paraolímpicos de 2016 também foram parte importante em relação aos prejuízos nas finanças públicas do estado, e, apesar do conhecimento dos gastos provenientes com os eventos esportivos, não houve planejamento financeiro satisfatório desde o conhecimento da vinda do evento até sua efetiva realização (SILVA, 2018).

Em matéria especial sobre a candidatura do estado do Rio de Janeiro à sede das Olimpíadas e Paraolimpíadas (BRASIL, 2014a), foi evidenciado que o estado tinha conhecimento do recebimento dos jogos em 2009, e, mesmo assim, sucumbiu para cumprir as exigências mínimas do comitê internacional, o que culminou, em 2016, na decretação do estado de calamidade pública, através do Decreto nº 45.692, de 17 de junho de 2016 (RIO DE JANEIRO, 2016).

Tal estado de calamidade pública ocorreu em função da combinação de vários fatores, tais como: queda na arrecadação, observada no Imposto Sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS), nos *royalties* e participações especiais do petróleo; esforços de reprogramação financeira já empreendidos para ajustar as contas estaduais; dificuldade na prestação de serviços públicos; e a crise econômica que impediu que o Estado honrasse seu compromisso com a realização das Olimpíadas em 2016; além da corrupção no cenário político que vem assolando o Rio de Janeiro há várias gestões (ANDRADE, OLIVEIRA, 2017).

O quadro de crise foi evidenciado pela prisão dos ex-governadores Sérgio Cabral Filho, em 2016, no contexto da “Operação Lava Jato”, e Luiz Fernando Pezão, em 2018, acusado de receber cerca de R\$ 40 milhões em propinas de contratos do governo estadual. Além deles, foram presos ex-secretários e conselheiros do Tribunal de Contas. A situação foi capaz de revelar problemas como a escassez de verbas para o pagamento de salários dos servidores estaduais, e o gradual colapso de programas do governo do Estado, como as Unidades de Pronto-Atendimento (UPA) e as Unidades de Polícia Pacificadora (UPP) ao longo de 2017 (O ESTADO DE S. PAULO, 2017).

O Decreto nº 45.692/2016 foi publicado com a finalidade de garantir que houvesse a realização dos Jogos Olímpicos e Paraolímpicos mesmo diante da crise. Com o documento, o estado pediu auxílio financeiro ao Governo Federal para custear a finalização da ligação Ipanema-Barra da Linha 4 do metrô, pagar horas extras de forças policiais e garantir salários de servidores por pelo menos até o início dos eventos (PUFF, 2016).

Em relação aos *royalties* em conjunto com a crise do petróleo, de acordo com dados informados pela Secretaria da Fazenda do RJ, em junho de 2016, houve diminuição de 10% na arrecadação do ICMS no acumulado dos últimos 12 meses. Em relação ao barril do petróleo, o valor estava em US\$ 40,00, sendo que nos últimos dez anos chegou ao valor de US\$ 110 (PUFF, 2016).

Portanto, além da dívida com a União, houve uma diminuição significativa na arrecadação do Estado, que poderia ter sido melhor planejada através da prevenção de risco, já que a crise do petróleo, por exemplo, é anterior ao ano de 2016. Porém, a queda de arrecadação, por falta de planejamento fiscal adequado, acabou por trazer a calamidade financeira do Estado (SILVA, 2018).

As instituições de saúde (atenção básica, intermediária e avançada) no estado do Rio de Janeiro estão sendo paulatinamente entregues para as OS e Fundações de Saúde, o que

demonstra, na prática, desresponsabilização do Estado e, muito além disso, repete as propostas neoliberais que propõem nitidamente para o Brasil o fim da saúde como direito e de seu caráter público, universal e igualitário (MENEZES; LEITE, 2016).

O estado do Rio de Janeiro foi um dos primeiros a aderir à proposta das OS e Fundação Estatal de Direito Privado. O processo teve início em dezembro de 2007, quando foi aprovada a Fundação Estadual dos Hospitais Gerais, dos Hospitais de Urgência, dos Institutos de Saúde e da Central de Transplantes. A partir deste ano, foram iniciados, a nível nacional, os contratos de gestão com as Fundações, que são entes integrantes da administração pública indireta, de gestão pública; ou pelas OS, que são pessoa jurídica. Na sequência, o estado impulsiona a chamada Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF), em 2010, e em seguida, a institucionalização da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), por meio de Medida Provisória (MP), demonstrando o quanto a crise econômica e financeira, juntamente com o processo da nova morfologia do trabalho, trouxe consequências diretas para as organizações e para os trabalhadores (MENEZES; LEITE, 2016).

Por conseguinte, percebe-se que o estado do Rio de Janeiro está atravessando uma grave crise econômica e política que têm consequências diretas na educação, na saúde, na segurança, em despesas e orçamentos estatais, no cotidiano de seu povo e nas relações de trabalho; e segue na tentativa de promover a sua recuperação fiscal para sair do quadro de calamidade que vem se demonstrando tão presente no cotidiano da população e dos serviços.

Este contexto caótico tem repercussões sobre as organizações de trabalho em saúde. A falta de investimento público em hospitais e outros serviços gera escassez ou inexistência de material, resulta em deterioração da estrutura física e equipamentos, baixos salários, desestímulo dos profissionais, precarização e terceirização da força de trabalho que, por sua vez, resvala sobre a qualidade do serviço prestado a população, colocando em risco a segurança de pacientes e de trabalhadores.

1.2 Ideário neoliberal no mundo do trabalho em saúde e enfermagem

1.2.1 O mundo do trabalho influenciado pelos fundamentos neoliberais

Desde o final dos anos de 1970, com a crise do fordismo, é observada a influência neoliberal sobre o trabalho e as condições de reprodução da mão de obra, transformando em realidade a ficção de que a força de trabalho é uma mercadoria como qualquer outra, com sua compra e venda sendo decididas no mercado, de acordo com a lei da oferta e da procura, sem interferências externas, extraeconômicas – considerando a regulação do Estado e a atuação dos sindicatos (BORGES, 2016).

A globalização tem como características principais a grande massa de capitais, o crescimento de corporações transnacionais e a predominância dos investimentos no âmbito financeiro em lugar do produtivo, valorizando o capital, inclusive, por corporações industriais ou de serviços (TAMEZ-GONZÁLEZ; PÉREZ-DOMÍNGUEZ, 2012).

Considera-se que o neoliberalismo teve sua origem no pensamento liberal, caracterizando-o como uma política econômica de desregulação das relações econômico-financeiras pelo estado e abertura indiscriminada do mercado nacional ao internacional (ABADIA-BARRERO et al., 2012). Entretanto, pode ser também definido como um modo de viver social, e não apenas como filosofia econômica, já que influencia valores culturais e psicoemocionais, bem como a vida na sociedade e as relações de trabalho (GONÇALVES et al., 2014).

Em relação às influências do Neoliberalismo no mundo do trabalho, a atual ofensiva, comandada pela lógica do capital financeiro, inclui o ataque contínuo à legislação trabalhista, à regulação pública dos contratos de trabalho, repercutindo negativamente na jornada laboral, nos salários, no uso da força de trabalho, degradando-a. Nesse contexto, também resulta em prejuízos para a segurança no trabalho e para a garantia de não retrocesso das condições indignas de trabalho. Igualmente neste âmbito, verifica-se o ataque aos sindicatos, a destruição da Previdência Pública e a privatização dos serviços públicos essenciais, abrindo, assim, novas frentes de penetração do capital em setores como educação, saúde e habitação (BORGES, 2016).

As consequências em relação ao trabalho trazem embutidos novos mecanismos geradores de trabalho excedente, precarizam, informalizam e expulsam da produção uma infinidade de trabalhadores que se tornam descartáveis e desempregados (ANTUNES, 2014).

Esse ataque aos direitos do trabalho e às condições de reprodução social trazem consequências como a redução dos custos do trabalho e a elevação da taxa de exploração; a abertura de novos mercados para a acumulação de capital; e a liberação das parcelas do fundo público comprometidas com serviços sociais e com a Previdência para o pagamento dos juros da dívida pública. (BORGES, 2016).

Em paralelo à ampliação da precarização do trabalho e do desemprego, estão a expansão de novos modos de extração de sobretrabalho, capazes de articular maquinários altamente avançados, integrando-se ao trabalho social, complexo e combinado que efetivamente agrega valor, como se todos os espaços existentes de trabalho gerassem mais-valor, tanto os de vínculos formais e contratuais, até os que se pautam na aberta informalidade (ANTUNES, 2014).

Na atualidade, a perspectiva de análise do mercado, para a temática do trabalho, ganha uma nova centralidade, marcada por um forte movimento a favor da flexibilização das relações de trabalho, com consequente heterogeneidade das formas de contratação e remuneração, mudanças na esfera dos direitos do trabalho e na organização dos trabalhadores (TEIXEIRA, 2015).

Assim, o trabalho estável, herdeiro da fase taylorista-fordista, moldado pela contratação e regulamentação, vem sendo substituído pelos mais distintos modos de informalidade, como trabalho atípico, trabalho terceirizado, cooperativismo, empreendedorismo e o trabalho voluntário, evidenciando-se, assim, a nova configuração que caracteriza o mundo do trabalho atual (ANTUNES, 2014).

1.2.2 Influência da organização do trabalho nas atividades de enfermagem

A política de ajuste neoliberal atingiu duramente os avanços constitucionais de 1988 a partir da redução de investimentos nas políticas públicas, em especial, na Saúde, que, na década anterior, foram marcadas por uma perspectiva de expansão de direitos e de serviços. A descentralização dos serviços de Saúde e o debate sobre a participação social para efetivar o

controle das políticas públicas foram conquistas importantes, assim como a unificação de um comando único da política nacional de saúde, no âmbito do Ministério da Saúde; e a construção do SUS (MENEZES; LEITE, 2016).

No entanto, com a aprovação legal de um sistema público que abria uma brecha para a “participação” do privado de forma suplementar, contraditoriamente, o mesmo Estado que constituiu o SUS como um projeto de medicina socializada (avesso ao ideário neoliberal) possibilita a lógica neoliberal dentro do setor da Saúde. Conseqüentemente, algumas das implicações práticas são experimentadas no interior deste Sistema, tanto em sua estrutura administrativa, como em seu modelo assistencial. Como exemplo, o constante subfinanciamento do sistema, que limita a capacidade de investimentos na ampliação da cobertura de assistência, degrada as estruturas públicas e impede a melhora da gestão dos serviços de saúde, para que assim se justifique sua privatização (BORGES et al., 2012).

Tradicionalmente, os serviços de saúde pública se caracterizaram por reunir profissões e disciplinas fundamentadas em critérios éticos e de valor social. Além disso, fatores como a estabilidade e a solidez, conferidos nos estatutos de permanência dos funcionários e na tradição cultural, outorgavam aos trabalhadores desse setor certo nível de independência e liberdade no exercício de suas atividades, o que contrasta significativamente com as diretrizes empresariais e as pressões do mercado (BLANCH-RIBAS; CANTERA, 2011).

As características dos modelos de gerenciamento flexível têm sido introduzidas no setor público nas últimas décadas em diversos países, determinando os dispositivos de regulação social das relações de trabalho em função da lógica da economia de mercado, sem levar em consideração a qualidade dos serviços prestados e a saúde dos trabalhadores. Tal processo foi denominado “capitalismo organizacional” (BLANCH-RIBAS; CANTERA, 2011).

O neoliberalismo valoriza o individualismo, e não o coletivo, defendendo o ideal de que o indivíduo deve assumir a responsabilidade sobre o seu bem-estar social; e o Estado, sendo extremamente reduzido em seu poder de interferência nas políticas públicas, verifica-se assim, que o setor Saúde foi um dos grandes atingidos. Desse modo, muitos processos e organizações de trabalho são configurados por carga horária excessiva, ritmo intenso de trabalho, controle rigoroso das atividades, pressão temporal e necessidade de profissionais polivalentes e multifuncionais, evidenciando influência negativa na qualidade dos serviços prestados na área da saúde e, por sua vez, na saúde dos trabalhadores de enfermagem (COSTA; TAMBELLINI, 2009).

Como consequências para o trabalhador, os preceitos neoliberais no setor Saúde se exemplificam pela ausência de concursos públicos, justificando a contratação flexível do trabalho, múltiplos vínculos empregatícios e a entrada de profissionais jovens num mundo laboral de grande desregulamentação das relações laborais (GONÇALVES; LEITE; NASCIMENTO, 2011).

Diante do contexto de flexibilização, a estabilidade do servidor público também sofreu transformações no final dos anos 90, a exemplo da Emenda Constitucional nº 19 de 1998 (EC19/98), que instituiu a chamada Reforma Administrativa. As propostas apresentadas pela mesma objetivaram mudanças no artigo 41º da Constituição, que prevê regras para a demissão de servidor público estável por insuficiência de desempenho, aplicáveis a todos os Poderes, nos níveis federal, estadual e municipal (BRASIL, 1988).

Outra modificação importante foi o acréscimo dado ao Artigo 169, a saber:

Art. 169. A despesa com pessoal ativo e inativo da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios não poderá exceder os limites estabelecidos em lei complementar. [...] § 3º Para o cumprimento dos limites estabelecidos com base neste artigo, durante o prazo fixado na lei complementar referida no caput, a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios adotarão as seguintes providências: I - redução em pelo menos vinte por cento das despesas com cargos em comissão e funções de confiança; II - exoneração dos servidores não estáveis. § 4º Se as medidas adotadas com base no parágrafo anterior não forem suficientes para assegurar o cumprimento da determinação da lei complementar referida neste artigo, o servidor estável poderá perder o cargo, desde que ato normativo motivado de cada um dos Poderes especifique a atividade funcional, o órgão ou unidade administrativa objeto da redução de pessoal. [...] § 7º Lei federal disporá sobre as normas gerais a serem obedecidas na efetivação do disposto no § 4º. (BRASIL, 1988, cap. II, seção II).

Antes da aprovação da EC19/98, o período de estágio probatório era de dois anos de efetivo exercício no cargo em que o servidor público havia sido aprovado mediante concurso público. Findado esse período, automaticamente o servidor adquiria estabilidade, não sendo necessária avaliação ou verificação do efetivo exercício. As alterações acrescentaram mais um ano ao referido período, perfazendo um total de três anos; e, para que ficasse comprovado o efetivo exercício, tornou-se obrigatória uma avaliação de desempenho como forma de comprovação do cumprimento dos requisitos necessários para o cargo, e só após completados esses dois requisitos é adquirida a estabilidade, demonstrando o domínio da lógica do privado sobre a lógica do público (SANTOS, 2018).

Seguindo as medidas impostas pela LRF, os gestores públicos devem realizar a diminuição de 20% dos cargos comissionados; se, mesmo assim, o percentual não se adequar ao patamar imposto, a próxima medida poderá ser a demissão de servidores públicos,

aprovados em concurso público, que ainda estejam dentro do período de estágio probatório. Se as medidas anteriores não forem suficientes para chegar ao patamar dos gastos pretendidos, deverá ocorrer a demissão de servidores públicos que já possuem estabilidade (SANTOS, 2018).

Desde a aprovação da Lei Complementar nº 101 de 04 de maio de 2000, essas medidas vêm sendo motivo de disputas judiciais, principalmente em casos envolvendo a exoneração de servidores públicos que ainda estão cumprindo estágio probatório. Esses casos podem ser entendidos como paradigmas e poderão ocorrer cada vez mais em períodos de recessão fiscal (SANTOS, 2018).

Desta forma, os gestores buscam se eximir da responsabilidade de buscar o aumento das receitas do governo, seja por aumento da fiscalização sobre a sonegação, ou por modificação na aplicação dos impostos, de modo que a culpa pelo endividamento é, e sempre será, dos servidores públicos. Diante do cenário atual, sob a perspectiva de aplicação dos dispositivos modificados pela EC 19/98, tem-se a fragilização da vida funcional dos servidores públicos, peças-chave para a execução dos serviços necessários ao Estado (SANTOS, 2018).

No cenário da Enfermagem, os trabalhadores têm sofrido grande influência da política neoliberal a nível nacional e global, tendo a precarização das condições e das relações de trabalho como um dos grandes e prejudiciais resultados para esse cenário e para a qualidade da assistência prestada, bem como a multifuncionalidade e a polivalência, repercutindo também negativamente na saúde desses profissionais (GONÇALVES et al., 2013).

O trabalho de enfermagem é conhecido pela sistematização de normas e rotinas de serviços, e compreende um modelo voltado para o fazer técnico, caracterizado tanto como uma atividade produtiva como por um trabalho organizado na lógica taylorista, hierarquizado e organizado por categorias profissionais (PAIVA et al., 2010).

Um dos princípios neoliberais é o enxugamento da máquina pública com o objetivo de menor ônus financeiro para o Estado. Entretanto, o mesmo deve ser responsável pelos serviços básicos oferecidos à população como, por exemplo, a saúde. No cenário de redução de despesas, o governo acaba por assumir os preceitos do modelo neoliberal sem trazer satisfação popular, e com isso, repassando cada vez menos verbas para os serviços, precarizando-os em termos de insumos materiais e recursos humanos, desconsiderando a manutenção dos equipamentos e edifícios institucionais (ABADIA-BARRERO et al., 2012; GONÇALVES et al., 2013; TAMEZ-GONZÁLEZ; PÉREZ-DOMÍNGUEZ, 2012).

Portanto, o contexto da escassez, da precariedade dos insumos e dos equipamentos hospitalares tem sido uma característica das organizações laborais baseada no modelo produtivo neoliberal, caracterizado por aumentar os lucros a partir da redução dos gastos com suprimentos e pessoal (OLIVEIRA et al., 2013). Tal contexto resulta num quadro de insegurança e risco à saúde tanto para os trabalhadores quanto para os usuários do serviço, visto que a falta de suprimentos hospitalares para a assistência expõe o profissional a riscos no seu ambiente de trabalho, bem como impacta negativamente no objetivo de uma assistência segura e de qualidade.

Em relação aos riscos, visando sua diminuição associada ao trabalho dos profissionais lotados na UTI, é importante a adesão de medidas preventivas na realização da assistência aos pacientes, como as precauções padrão, que são indispensáveis na assistência hospitalar. Na ausência dos insumos necessários e das barreiras de proteção, como exemplos a falta de um EPI ou sabão para antissepsia, no que tange à não utilização de EPI e à lavagem inadequada das mãos, destaca-se o risco ao qual a equipe de enfermagem está exposta cotidianamente, desrespeitando as normas de biossegurança estabelecidas. Além disso, contribui para o aumento das taxas de infecção hospitalar, considerada um dos programas da OMS (Organização Mundial da Saúde) para a segurança do paciente (DUARTE et al., 2016).

Isto posto, evidencia-se que a precarização no ambiente hospitalar influencia a dinâmica do trabalho, pois interfere negativamente no adequado suprimento, qualitativo e quantitativo, dos insumos materiais, proporcionando ao trabalhador condições laborais inadequadas para a realização das suas atividades. Tal situação resulta no impacto prejudicial à tranquilidade e à segurança dos trabalhadores, acarretando sofrimento psíquico e o desgaste do coletivo profissional (GONÇALVES et al., 2014).

1.3 O mundo do trabalho atual e os impactos para a saúde dos trabalhadores de enfermagem

O trabalho deve ser compreendido em seu caráter ontológico, enquanto atividade fundante do ser social, que constitui ao homem à sociabilidade humana. Com o desenvolvimento do Modo de Produção Capitalista, o processo de trabalho se torna assalariado e se transforma em atividade reprodutiva direcionada a uma única finalidade:

acumulação de capital. Assim, a atividade produtiva dar-se-á com base na exploração da força de trabalho, pois essa mercadoria especial produz o valor excedente necessário ao processo de acumulação de capital (SILVA; FERREIRA; ALMEIDA, 2017).

Para realização do trabalho, faz-se necessário pensar e executar um processo laboral, que se compõe do objeto de trabalho, dos meios materiais e imateriais para realização da tarefa e do trabalho propriamente dito (sua meta). Estes três elementos, atuando entre si e com o trabalhador, trazem repercussões para sua saúde e para qualidade do trabalho desenvolvido (VARGAS MANSANO, 2009).

Entende-se que o processo de trabalho:

converte-se em meio de subsistência e a força de trabalho se torna, como tudo, uma mercadoria especial, cuja finalidade vem ser a criação de novas mercadorias objetivando a valorização do capital (ANTUNES, 2005, p. 69).

O capital desencadeou, a partir de meados da década de 1970, um processo de reorganização de seus sistemas econômico, político, cultural e ideológico, cuja reestruturação produtiva, financeirização da economia e liberalização dos mercados se consolidou como suas estratégias mais evidentes (SILVA, 2018).

Esses mecanismos enfatizaram o enxugamento do Estado no que tange às políticas sociais e seu crescimento no controle dos sindicatos e movimentos sociais, bem como na abertura indiscriminada do mercado nacional para o internacional, verificando-se igualmente a desestruturação do setor produtivo estatal, a desregulamentação e flexibilização das leis trabalhistas. Concomitantemente, uma intensa reestruturação da produção associada à ciência e tecnologia, e a adoção de novos modelos de gestão e organização da produção também ocorreram, fazendo com que as respostas do capital trouxessem um significado ofensivo e prejudicial para os trabalhadores e suas organizações políticas (SILVA, 2018).

Trata-se, portanto, de um modo de organização de trabalho dominado pela flexibilização, terceirização, subcontratação, círculo de controle de qualidade total, trabalho polivalente, multifuncional, responsáveis por denotar uma nova fase de desconstrução do trabalho, marcado pela precariedade das condições laboral e da vida dos trabalhadores, além dos altos níveis de desemprego estrutural, inerente à era da acumulação flexível, que mantém números reduzidos de trabalhadores e, ainda assim, com aumento nos índices de produtividade (ANTUNES; DRUCK, 2013).

Portanto, sobre a crise estrutural do trabalho:

colocou como movimento contratendencial principal, a necessidade irremediável de um novo patamar de desvalorização da força de trabalho como mercadoria. Por isso a precarização do trabalho afirmou-se no século XXI como precarização estrutural do trabalho (ALVES, 2014, p. 13).

Nesse sentido, o sistema capitalista se expande a partir da acumulação do capital pautado na exploração dos trabalhadores, e a lei da produção capitalista consiste na “relação entre trabalho não pago, transformado em capital, e o trabalho adicional, requerido para pôr em movimento o capital adicional.” (MARX, 2013, p. 697).

É possível deduzir uma tipologia da precarização do trabalho a partir de elementos como a vulnerabilidade das formas de inserção e aumento das desigualdades sociais; intensificação do trabalho e terceirização; precarização da saúde e segurança no trabalho; e perda das identidades individuais e coletivas e fragilização das organizações dos trabalhadores (DRUCK, 2011).

Corroborando, as transformações no mundo do trabalho, caracterizadas pela precarização do processo de trabalho e o desmonte das conquistas políticas e sociais da classe trabalhadora, são mudanças advindas do processo de globalização financeira, inovações tecnológicas, bem como das novas formas de gestão e do processo de reestruturação produtiva (SILVA; FERREIRA; ALMEIDA, 2017).

Outro aspecto que parece comum nessas análises é o da extensão da precarização para as demais esferas da vida social. Não somente as relações empregatícias são degradadas e os processos de trabalho intensificados, mas direitos sociais e trabalhistas são corroídos, expectativas e projetos de futuro dos indivíduos são frustrados, emergindo a problemática do adoecimento laboral, onde um novo modo de vida precário parece emergir (SILVA, 2018).

Como aspecto central da vida humana, o trabalho permeia as relações carregadas de atribuições e responsabilidades objetivas e cargas subjetivas, o que traz consequências diretas sobre a significação da vida em sociedade. Os parâmetros que a sociedade capitalista estabeleceu para os formadores de ciências e educadores são os mesmos para os processos produtivos, ou seja, metas quantitativas e produtivismo atrelado à ascensão na carreira; avaliação de resultados como método de reconhecimento e remuneração além de estrutura precária e massificada de políticas e práticas de ensino. A discussão é ampla, pois, principalmente em relação aos aspectos vivenciais do trabalho improdutivo, intelectual e cognitivo, cria-se uma relação com o produtivismo e a “coisificação” do saber a serviço do capital (FORATTINI; LUCENA, 2015).

Portanto, enquanto estratégia da Nova Organização do trabalho, que exprime o processo de superexploração do trabalho, tem-se a introdução do trabalhador multifuncional:

Para atender as exigências mais individualizadas do mercado, no melhor tempo e com melhor “qualidade”, é preciso que a produção se sustente num processo produtivo flexível, que permita a um operário operar várias máquinas (em média cinco máquinas, na Toyota), rompendo-se com a relação um homem/ uma máquina que fundamenta o fordismo. [...] a chamada polivalência do trabalhador japonês, que mais do que expressão e exemplo de uma maior qualificação, estampa a capacidade do trabalhador em operar com várias máquinas (ANTUNES, 2015, p. 45)

A multifuncionalidade do trabalho se configura como uma categoria da exploração do trabalho relacionado ao modo de produção capitalista, em que, pelo aumento do ritmo do trabalho, há o conseqüente aumento da produtividade e o rebaixamento salarial. Desse modo, a multifuncionalidade do trabalho pode ser compreendida como um fator determinante não só na aquisição da doença, mas também no agravamento das doenças relacionadas ao trabalho, além dos acidentes típicos no ambiente de trabalho (SILVA, 2018).

O ritmo intenso de trabalho é um dos principais motivos causadores da LER/DORT (lesões por esforço repetitivo/ distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho) devido à alta produtividade do trabalhador e ao trabalho repetitivo. Fatores como mudanças na organização do trabalho, tais como: a alta intensidade no ritmo de trabalho, a execução de movimentos repetitivos em grande velocidade, a execução de trabalhos multifuncionais, a ausência de pausas e as exigências pelo aumento da produtividade em menor tempo de trabalho são responsáveis pelo aumento e agravamento destas patologias (SILVA, 2018).

Uma pesquisa constatou que dentre os agravos à saúde mais frequentes entre os trabalhadores são, além das supracitadas, os transtornos mentais e comportamentais, doenças do sistema nervoso, doenças do aparelho circulatório e respiratórios, além de algumas lesões (traumatismos no pé, tornozelo, ombro, braços e punho da mão). Estes dados revelam a situação atual a que o trabalhador está sendo condicionado, devido a processos de trabalho precários e extenuantes que acabam por comprometer a capacidade laborativa (LARA, 2016).

Portanto, diante do cenário atual, percebe-se que o comprometimento à Saúde do Trabalhador na contemporaneidade vem se intensificando, demonstrando a relevância do debate pela classe trabalhadora, a fim de proporcionar luta em torno da relação contraditória entre capital e trabalho, com o intuito de minimizar os efeitos causados à saúde do trabalhador (SILVA, 2018).

O trabalho no setor saúde apresenta um aspecto fundamental para a geração de produção não material, que se completa no ato de sua realização. Neste sentido, o produto não

pode ser dissociado do processo que o produz, sendo, dessa forma, a própria realização da atividade (PIRES, 2000). Este aspecto do trabalho em saúde faz um contraponto ao que se conhece do conceito do trabalho em um sistema capitalista, que, por produzir capital ao entrar no circuito de produção de mercadorias, gera valor ao entrar em circulação (MARX, 2013).

Neste sentido, o trabalho em saúde depende da organização do trabalho, da dimensão do próprio trabalhador e de sua subjetividade, estando estes aspectos atualmente relacionados ao trabalho fragmentado, decomposto em atividades específicas, com controle de tempo e execução do sistema produtivo, transferência da dimensão intelectual do trabalho para esferas gerenciais e estrutura hierarquizada (DEJOURS, 2011). Neste sentido, a divisão de tarefas engloba repetitividade, monotonia e incapacidade da visão integrada de produção, o que faz com que o trabalho perca sentido e significado (MORRONE; MENDES, 2003).

O trabalho não material dos que cuidam da saúde depende diretamente das relações construídas com outros sujeitos, sejam eles usuários, gestores ou outros trabalhadores, conferindo grande poder ao trabalho de cuidar. A prática cotidiana do enfermeiro, por sua especificidade, em virtude do saber-poder que produz, pode tanto possibilitar a mediação de interesses de usuários e equipe de saúde, quanto reforçar a subordinação existente nos serviços, cedendo às pressões do mercado por um atendimento rápido, vendendo serviços de saúde com ganhos mais imediatos (TAVARES E SOUZA; PASSOS; TAVARES, 2015).

Sendo o cuidar o ofício do enfermeiro, pode-se dizer que o ato de cuidar é imaterial e inseparável do seu consumo pelos usuários. O cuidar tem especificidades ausentes na produção de objetos materiais, ainda que certas características atuais da produção de mercadorias, como a precarização das relações de trabalho, estejam sendo incorporadas também ao trabalho na área de serviços (TAVARES E SOUZA; PASSOS; TAVARES, 2015).

A dinâmica do trabalho e a dinâmica emocional do indivíduo são tratadas como dois aspectos distintos. O primeiro deles é o trabalho como algo objetivo que implica um engajamento do corpo, a mobilização da inteligência, a capacidade de refletir, de interpretar e de reagir às situações; por outro lado, a dimensão subjetiva da percepção humana é uma face obscura que não é revelada, em que ocorre a forma como o indivíduo lida com o trabalho prescrito e o trabalho real, e que se manifesta afetivamente, sendo o que o homem experimenta em suas emoções a respeito do que realiza. A base desses estudos está fundamentada na Psicodinâmica do Trabalho, disciplina que se apoia na descrição e no

conhecimento das relações entre trabalho e saúde mental, utilizando a abordagem da psicanálise e a teoria social (DEJOURS, 2004).

Analisando esta dimensão subjetiva, entende-se que o prazer deriva da articulação entre trabalho, necessidades e desejos psicológicos do trabalhador. Os estudos da psicodinâmica evidenciam que o prazer no trabalho pode ser obtido por via direta, quando decorre da identificação com o mesmo, ou por via indireta, quando da ressignificação do sofrimento no trabalho (MENDES, 2007).

O prazer no trabalho é favorecido por meio do reconhecimento e valorização do trabalhador, o que é profundamente benéfico à saúde e fortalece a identidade. As experiências de prazer provêm geralmente da satisfação dos desejos e necessidades e da mediação de conflitos e contradições realizada com sucesso (DEJOURS, 2004). Apesar das dificuldades enfrentadas no cenário laboral, o trabalhador, quando satisfeito com seu trabalho, realizará suas atividades prazerosamente, desencadeando a vivência de prazer no trabalho (FERNANDES, 2015a).

Sendo o trabalho um cenário para o fortalecimento da singularidade trabalhador, faz-se importante o reconhecimento do trabalho para exercício de mobilização do mesmo. O prazer e o sofrimento no trabalho podem estar vinculados a fatores como condições de trabalho, condições de higiene, segurança, organização do trabalho, relações de poder e relacionamento interpessoal (DEJOURS, 2006).

Em relação aos trabalhadores de Enfermagem, pesquisas apontam que fatores como a falta de recursos materiais, a falta de reconhecimento frente ao trabalho realizado, a sobrecarga de trabalho, os conflitos entre a equipe de enfermagem e a equipe multiprofissional e a priorização de componentes burocráticos e administrativos são fatores precipitadores de sofrimento psíquico presentes no ambiente laboral (BOMFIM; SOARES, 2011; MARTINS; ROBAZZI; BOBROFF, 2010).

É relevante que se valorize a dimensão subjetiva do trabalhador no ambiente de trabalho, sendo impossível separar trabalho da produção de subjetividade dos trabalhadores, pois a atividade laboral é fator intrínseco à vida e contribui para a formação de identidade e visão de mundo (DEJOURS, 2006).

Afirma-se, portanto, que, para se transformar um trabalho fatigante em um trabalho equilibrante, é necessário tornar a organização do trabalho mais flexível, capaz de proporcionar ao trabalhador mais liberdade no trabalho e identificar os fatores desencadeadores de prazer (DEJOURS, 2006), como a possibilidade de ser criativo e

inovador, ter a possibilidade de participar ativamente nas decisões no ambiente laboral e ter a sua prática profissional valorizada (GUIDO, 2003).

O prazer e o sofrimento são sentimentos que geram questões dialéticas, e se faz necessário evidenciar os fatores responsáveis por desencadeá-los no trabalho da Enfermagem, para que a gestão em saúde seja capaz de compreender a relevância da temática, a fim de proporcionar um trabalho mais colaborativo e realizador para os trabalhadores (FERNANDES, 2015a).

Neste sentido, busca-se que a organização do trabalho potencialize aspectos que assegurem a saúde do trabalhador, no entanto, considerando a contextualização traçada sobre a utilização do ideário neoliberal no setor saúde, a influência desse ideário no processo de trabalho e as suas consequências sobre as condições laborais vêm forjando um cenário cada vez mais patológico para os profissionais de enfermagem. Tais profissionais têm crescentemente adoecido de doenças mentais, mas também das mesmas enfermidades que os acometiam em outras épocas nas quais o fordismo e o taylorismo fundamentavam a organização do trabalho. Portanto, pode-se afirmar que o mundo do trabalho está ainda mais adverso para o trabalhador.

1.4 Especificidades do trabalho de enfermagem em UTI

As primeiras unidades de terapia intensiva foram instaladas no Brasil na década de 1970, devido à necessidade de tecnologias associadas ao conhecimento científico para o cuidado de pacientes de alta complexidade (FERREIRA; MENDES, 2013), tendo por característica ser um cenário de inovação e atendimento especializado de saúde a pacientes em estado crítico, demandando um perfil profissional de constante desenvolvimento científico, técnico e especialização que harmonizasse a alta tecnologia à assistência de excelência (CAMELO et al., 2013).

Trata-se de um setor com estruturas física e dinâmica próprias, que associam intensa tecnologia e prática racionalizada à necessidade de atuação multiprofissional, incluindo máquinas de suporte de vida, respiradores mecânicos e monitores complexos, dentre outros, o que a diferencia de outras unidades, pois exige competências, destreza e habilidades peculiares, principalmente na interação entre ser humano e máquinas (CARAM et al., 2016).

As organizações hospitalares têm assistido a clientes em situações de doença cada vez mais críticas, o que exige novas competências dos profissionais que se deparam com mudanças tecnológicas e exigências de sua clientela, provocando, muitas vezes, transformações no seu processo de trabalho. Neste cenário, o enfermeiro constitui parte fundamental e, dessa forma, precisa se preocupar com o seu autodesenvolvimento profissional, adquirindo novas habilidades e conhecimentos visando a uma assistência de qualidade ao paciente (CAMELO et al., 2013).

Os profissionais que atuam na UTI se deparam, cotidianamente, com pacientes em estado crítico, lidando diretamente com o sofrimento humano e a morte, fatores que podem desencadear desgastes físicos e psíquicos ao coletivo de enfermagem. Por outro lado, a UTI é um ambiente dinâmico, desafiador e de contínuo aprendizado, experiência e crescimento profissional, gerando prazer e satisfação aos trabalhadores, o que propicia a expressão de subjetividades, podendo causar em seus profissionais sentimentos de prazer e de gratificação (CARAM, 2016).

O trabalho da enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva é complexo e, como tal, comporta inúmeras necessidades para o desenvolvimento do cuidado. Fatores como a interação com os demais profissionais, a condição crítica dos pacientes e a utilização de inúmeras tecnologias demandam da enfermagem uma gama de conhecimentos de ordens diversas, maximizando processos efetivos de trabalho e cuidado (MASSAROLI et al., 2015).

Ratificando as particularidades das UTI, estudos mostram que as IRAS adquiridas nas Unidades de Terapia Intensiva representam quase 20% de todas as infecções hospitalares diagnosticadas entre pacientes hospitalizados, com importante morbimortalidade e elevados custos para o sistema de saúde, pacientes e seus familiares. Estima-se que cerca de 30% dos pacientes admitidos nestas unidades apresentam, pelo menos, um episódio infeccioso, destacando-se as infecções do trato urinário (ITU), pneumonias associadas à ventilação mecânica (PVM) e infecções de corrente sanguínea (ICS) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011; KELLY et al., 2013).

Sublinha-se que o desenvolvimento de IRAS, aliado à já presente complexidade para o cuidado destes pacientes, pode impactar diretamente na assistência de enfermagem gerando sobrecarga para a equipe. Por outro lado, a sobrecarga de trabalho da equipe de enfermagem nas unidades de terapia intensiva pode favorecer ou predispor o desenvolvimento de IRAS. Neste sentido, a carga de trabalho de enfermagem excessiva foi apontada como um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de IRAS (NOGUEIRA et al., 2015),

demonstrando a correlação entre o processo de trabalho da enfermagem, o ambiente oferecido pela UTI e a segurança do paciente.

A rotina diária da UTI é pautada por inúmeras questões técnicas, exigindo competências e habilidades profissionais específicas. O enfermeiro é responsável, junto com os demais membros da equipe de enfermagem, pela maioria dessas ações de cuidados contínuos aos pacientes. Esta característica própria da profissão de desempenhar múltiplas tarefas (assistenciais, administrativas e de ensino da equipe de enfermagem) contribui para que a sistematização da assistência de enfermagem (SAE) seja compreendida como um processo complexo e multifacetado (MASSAROLI et al., 2015), o que acaba por sobrecarregar o enfermeiro em seu processo de trabalho.

O Conselho Federal de Enfermagem (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 1992) normatiza, em âmbito nacional, a obrigatoriedade da presença de enfermeiros em todas as unidades de serviços nos quais são desenvolvidas ações de enfermagem que envolvam procedimentos de alta complexidade, comuns na assistência a pacientes críticos, sendo responsabilidade privativa do enfermeiro os cuidados diretos a pacientes graves com risco de vida e cuidados de maior complexidade técnica, que demandam conhecimentos científicos apurados, capacidade de julgamento e tomada de decisões (BRASIL, 1987).

O enfermeiro da UTI é responsável não só pelo cuidado técnico especializado, mas também por funções que permeiam a coordenação clínica e funcional da unidade e a educação de sua equipe de enfermagem, dos pacientes e seus familiares. Além da alta frequência de funções como supervisão, destaca-se, ainda, a participação na articulação com diversos profissionais envolvidos na assistência ao paciente, podendo, também, englobar envolvimento com diversos setores administrativos do ambiente hospitalar (CENEDÉSI et al., 2012).

O enfermeiro intensivista é um profissional exposto a fatores estressantes de trabalho, pois lida cotidianamente com a ocorrência de óbitos, situações de emergência, controle de material e equipamentos, atendimento das necessidades dos familiares, realização de atividades com tempo mínimo disponível, déficit de pessoal e material, ruído constante dos aparelhos e sofrimento e angústia dos familiares. Este contexto ratifica a necessidade que este profissional tem de ter condições laborais dignas envolvendo materiais e pessoal a fim de garantir uma assistência efetiva e eficaz diante das intercorrências e dos quadros de saúde críticos dos pacientes (MONTE et al., 2013).

Portanto, é oportuno considerar que medidas de intervenção direcionadas à melhoria das condições de trabalho, as quais se relacionam aos aspectos estruturais, podem ser

profícuas também no que se refere à qualidade da assistência e, conseqüentemente, à segurança do paciente, pois, tendo-se em vista que as falhas institucionais são mais facilmente preveníveis, o investimento em melhores condições de trabalho, tanto no que diz respeito ao provimento de recursos humanos e materiais, quanto na organização do processo de trabalho propriamente dito, significa também investir na segurança do paciente (ANDOLHE et al., 2015).

1.5 Segurança do paciente

1.5.1 Segurança do paciente: aspectos gerais

A segurança do paciente é temática de interesse mundial e de significativa importância para a saúde pública (GRIGOLETO; GIMENEZ; AVELAR, 2011), considerando os inúmeros problemas divulgados sobre a precariedade dos serviços, a qualificação inadequada da mão de obra, a existência de uma cultura punitiva e a ineficácia dos processos de gestão, podendo contribuir para a ocorrência de erros, incidentes e eventos adversos (OLIVEIRA et al., 2016).

Nos serviços de saúde, os gestores são impulsionados a tornar viáveis ações que sejam convergentes à preocupação com a qualidade do cuidado na busca incessante por melhoria contínua, considerando o avanço tecnológico e científico, além das mudanças sociais, econômicas e epidemiológicas (BOHRER et al., 2016).

A qualidade como componente primordial da assistência de excelência é um fenômeno complexo, sendo composta de diversos fatores, como o atendimento dos propósitos organizacionais (incluindo a potencialização do uso racional de recursos) e do alcance da satisfação dos clientes (BOHRER et al., 2016; VITURI; ÉVORA, 2015). Para isto, sendo complexa a produção do trabalho na saúde, é preciso que se reduzam os riscos associados à assistência, o que pode ser traduzido como a promoção da segurança do paciente (BRASIL, 2014).

Frente a este cenário, a partir da década de 2000, a temática da segurança do paciente passa a ser internacionalmente reconhecida como uma dimensão fundamental da qualidade em saúde (REIS; LAGUARDIA; MARTINS, 2012).

No aspecto histórico, um marco de suma importância neste contexto foi a criação da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente (*World Alliance for Patient Safety*), em 2004. A criação foi aprovada durante a 57ª Assembleia Mundial de Saúde, com o objetivo de liderar programas de segurança do paciente em nível internacional e recomendar aos países maior atenção a questão da Segurança do Paciente. A OMS definiu o tema como a redução do risco de danos ao paciente, adequada ao contexto que a assistência é prestada (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2013a; SOUZA; SILVA, 2014; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

A Aliança tem como finalidade despertar a consciência e o comprometimento político para melhorar a segurança na assistência. Para isso, convoca os países membros a colocarem o paciente no cerne do cuidado, incentiva ações que despertem a cultura da segurança, e estimula o desenvolvimento através da definição de soluções para os estados membros, construindo normas globais, orientações e protocolos com o objetivo de reduzir riscos para futuros usuários dos serviços de saúde (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2013a).

Diversas estratégias mundiais foram adotadas com o objetivo de melhorar o cenário da segurança em serviços de saúde. Em 2005, a Unidade dos Recursos Humanos para a Saúde, da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), criou a Rede Internacional de Enfermagem e Segurança do Paciente (RIENSP), em Concepción, no Chile, com a finalidade de traçar prioridades no desenvolvimento do trabalho de enfermagem, especificamente, na área da “Segurança do paciente”. Além disso, foi proposto discutir sobre cooperação e intercâmbio de informações entre os países, além da importância do fortalecimento do cuidado de enfermagem a partir de evidências científicas (CALDANA et al., 2015).

Para a OPAS/OMS, as RIENSP têm como papel promover a comunicação rápida e efetiva das evidências, experiências e recomendações destinadas a garantir a segurança dos pacientes ao redor do mundo. Estas atribuições são consideradas mecanismos capazes de permitir o intercâmbio de informação e experiências e a valorização do processo de comunicação, além de possibilitar a troca de conhecimento entre os envolvidos. Nesse sentido, o trabalho em rede é valorizado como uma estratégia importante para apoiar as

atividades e concretizar ações efetivas de saúde pública (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2013).

Em 2013, a Rede contribuiu na consulta pública promovida pelo Ministério da Saúde (MS) e pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) acerca do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) e dos protocolos de cirurgia segura, prevenção de lesão por pressão, prática de higiene das mãos em serviços de saúde, prevenção de quedas, identificação do paciente e segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos, metas internacionais de segurança do paciente elaboradas pela OMS. Também se construiu um documento direcionado à ANVISA, no intuito de fortalecer a participação da Rede no processo de implantação do PNSP. Neste documento, a Rede se propõe a auxiliar e compor o grupo de implantação do Programa, elaborando materiais educativos direcionados aos profissionais com o intuito de aumentar a qualidade e a segurança no cuidado (CALDANA et al., 2015).

Apesar das melhorias observadas na assistência à saúde do paciente devido aos avanços científicos, técnicos e políticos, as pessoas ainda estão expostas a diversos riscos quando submetidas aos cuidados em serviços de saúde (CALDANA et al., 2015), ratificando a necessidade da abordagem da temática da segurança do paciente no contexto da organização atual que molda a nova configuração do trabalho em saúde.

1.5.2 Segurança do paciente: cenário nacional

No contexto brasileiro, a ANVISA se mostrou participativa na promoção da segurança do paciente por meio de ações que promovessem melhorias nesse âmbito. Em 2002, foi implantando o projeto que posteriormente se tornaria a Rede Sentinela, responsável por gerenciar os riscos através da busca ativa de eventos adversos, da notificação desses eventos e do uso racional das tecnologias em saúde. Além disso, também se teve como premissa o desenvolvimento da qualidade e o aprimoramento de práticas seguras nos serviços de saúde. Para isso, lançou-se mão de metodologias para planejamento, monitoramento, comunicação de eventos adversos e dos riscos em saúde, tópicos primordiais para a assistência integral pautada na segurança do paciente (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2017b).

Além do que já foi descrito, um marco relacionado ao tema foi a promulgação da Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente. A finalidade do Programa é contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde no território nacional. Para isso, trata, entre outros aspectos, da produção, sistematização e difusão dos conhecimentos, e utiliza como algumas estratégias de implementação, o incentivo à elaboração de protocolos, guias e manuais de segurança do paciente, e a capacitação de profissionais para atuar nesse contexto (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2013b).

A análise da cultura de segurança do paciente tem demonstrando relevância em todos os serviços de saúde, atingindo integralmente os níveis de densidade tecnológica e de complexidade assistencial (PAESE; SASSO, 2013).

Salienta-se que, devido à alta periculosidade e à maior exposição aos riscos intrínsecos ao cotidiano laboral da assistência em saúde, acredita-se que a verificação da cultura de segurança do paciente para o planejamento de melhorias é imprescindível no que diz respeito à gestão pela qualidade nestes serviços (SILVA- BATALHA; MELLEIRO, 2015), ratificando a relação existente entre a organização laboral e a segurança do paciente.

Com a finalidade de buscar a segurança na assistência ao paciente, e tornando o trabalhador ativo neste processo, infere-se que se deve incentivar os profissionais a manifestarem suas opiniões acerca do processo de trabalho e suas possíveis falhas, alicerçando o conhecimento da cultura de segurança institucional, tornando possível identificar as prováveis fragilidades no processo, bem como suas potencialidades (NYE et al., 2013).

No mundo do trabalho da enfermagem, os serviços possuem importância indiscutível na busca da qualidade nas organizações de saúde, tendo em vista o número de profissionais atuantes nas instituições e a responsabilidade atrelada aos cuidados aos pacientes durante as 24 horas (CALDANA et al., 2013), demonstrando a importante relação entre este coletivo profissional e a responsabilidade pela cultura da segurança.

É grande o desafio de fortalecer a segurança do paciente e seu contexto na formação em enfermagem, tanto em cursos de graduação e pós-graduação, como em cursos técnicos. Além disso, outra questão importante é incentivar, por meio de seus integrantes, a contribuição no desenvolvimento de pesquisas que possam não somente identificar o cenário atual relacionado à segurança do paciente em nosso país, mas também analisar diferentes

estratégias para a segurança do paciente no ensino e na assistência (CALDANA et al., 2015), haja vista o panorama atual relacionado à precarização dos serviços de saúde.

Diante deste contexto, corrobora-se a necessidade do cumprimento de regras e técnicas específicas para cada procedimento com a utilização dos materiais adequados e pessoal devidamente capacitado e em número suficiente para a prestação do cuidado seguro. Cabe salientar que as falhas no fluxo de abastecimento de materiais essenciais para a assistência ao paciente são constantemente observadas, culminando em períodos de oscilação na incidência de IRAS (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2013b).

Portanto, em se tratando de gestão em saúde e organização do trabalho, ratifica-se que administrar é uma das tarefas mais complexas, indo além da burocracia ou do tecnicismo, que no contexto deste estudo tem importância fundamental para a cultura da segurança do paciente. A gestão dos serviços de saúde deve dar ênfase aos recursos humanos, ao capital intelectual e nos processos. Entre este último encontra-se o de suprir, adequadamente, o ambiente hospitalar com materiais adequados que levem à qualidade, à produtividade, à satisfação dos pacientes e à prestação de serviços pela equipe hospitalar com total controle dos riscos e, portanto, conferindo segurança as pessoas envolvidas neste processo (ROBERTO; LIRA, 2010).

2 ABORDAGEM METODOLÓGICA

2.1 Tipo de estudo

Tratou-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória. A pesquisa descritiva ajuda a compreender a realidade estudada, pois a descrição tem por objetivo aprofundar determinada realidade, descrevendo com exatidão os fatos e fenômenos do que se deseja investigar. O estudo de caráter exploratório se destina a desvendar as várias maneiras pelas quais um fenômeno se manifesta, assim como os processos subjacentes (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

As pesquisas qualitativas têm como foco a compreensão de significados atribuídos pelos sujeitos sobre fatos, fenômenos, relações sociais, práticas. Portanto, este tipo de pesquisa investiga o universo de sentimentos, valores, emoções, saberes particulares e coletivos (MINAYO, 2012). Logo, tal abordagem favorece um olhar multifacetado, aprofundado e, ao mesmo tempo, amplo, permitindo ao pesquisador conhecer a realidade vivida e percebida pelos sujeitos (CAMPOS, 2004).

A pesquisa qualitativa favorece a revelação de processos pouco conhecidos de grupos particulares, propiciando a criação de novas abordagens e a revisão e criação de categorias e conceitos inovadores (MINAYO, 2012). A abordagem qualitativa é, ainda, utilizada pelos pesquisadores que usam métodos aprofundados para descrever as dimensões, as variações, a importância e o significado dos fenômenos (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

Isto exposto, este foi um caminho metodológico adequado para esta pesquisa, pois foi capaz de propiciar maior aproximação e conhecimento sobre o fenômeno em sua totalidade, trazendo resultados relevantes por meio de uma discussão abrangente do objeto de estudo.

2.2 Campo do estudo

O campo do estudo foi um hospital público estadual, de grande porte, localizado no estado do Rio de Janeiro, especificamente, em suas unidades cardiointensivas, as quais são

denominadas pela sigla UCI. Nesse sentido, salienta-se que se utilizou como campo de pesquisa as seguintes UCI: 3, 4, 5, 6 e 7, abrangendo a totalidade das mesmas.

O referido hospital possui programas de residência médica, atividades de educação continuada, e estágios multidisciplinares, além de desenvolver pesquisas, incluindo o projeto de células-tronco em pacientes infartados. Destaca-se que não há programa de residência de enfermagem na referida instituição (FSERJ, 2018).

As mencionadas unidades cardiointensivas oferecem um total de 46 leitos para pacientes graves, além de um prédio externo dedicado exclusivamente aos pacientes ambulatoriais adultos e pediátricos em acompanhamento clínico, composto por 10 consultórios e responsável por 4 mil consultas por mês, em média (FSERJ, 2018).

A UCI3 e a UCI6, localizadas no 3º e no 6º andar, respectivamente, recebem pacientes coronariopatas e vasculopatas provenientes das unidades de saúde cadastradas e reguladas pelo SISREG (Sistema de Centrais de Regulação), responsável por permitir o controle e regulação dos recursos hospitalares e ambulatoriais nos níveis Municipal, Estadual ou Regional (DATASUS, 2018). Ambas são compostas por 08 leitos para a admissão de pacientes com o intuito de realizar procedimentos hemodinâmicos para estratificação de risco, diagnóstico, implantes ou pré-operatórios cardíacos ou vasculares.

A UCI4, instalada no 4º andar, tem a atribuição de realizar procedimentos hemodinâmicos como cateterismos cardíacos (CAT) (também conhecidos como cinecoronariografia ou angiografia coronariana) e PTCA (sigla americana, que significa angioplastia coronariana transluminal percutânea), dispondo de 03 salas para a realização dos procedimentos, sendo a única do Rio de Janeiro com emergência especializada 24 horas (FSERJ, 2018). Tal unidade possui 04 leitos para pacientes que foram submetidos aos procedimentos invasivos, e 06 leitos para pessoas que irão ser submetidas aos referidos procedimentos.

A UCI5, localizada no 5º andar, é composta por 10 leitos de terapia intensiva pediátrica, além de salas de descanso para as mães e brinquedoteca. E, por fim, a UCI7, situada no 7º andar, é composta por 10 leitos de terapia intensiva adulta e é responsável pelo pós-operatório de cirurgias vasculares e cardíacas, como amputações, aneurismas, revascularizações de miocárdio, trocas valvares e implantes de marcapasso definitivo (FSERJ, 2018).

Cabe informar que o hospital em questão possui apenas estas 05 UCI como unidades intensivas, e a presente pesquisa investigou tais unidades em sua totalidade.

É relevante salientar também que ambas as denominações, UTI e UCI, referem-se às unidades de cuidado intensivo ao paciente crítico. No entanto, a terminologia UCI foi utilizada nesta pesquisa nos depoimentos dos participantes e na descrição do campo devido à especificidade do local de coleta de dados.

Informa-se que, 02 semanas após a conclusão da coleta de dados, a UCI3 foi transformada em enfermaria, perdendo a caracterização de unidade intensiva, pois o déficit de funcionários e a escassez de equipamentos impediram o setor de permanecer com suas funções, o que confirma o contexto problematizado nesta pesquisa.

2.3 Participantes do estudo

Os participantes da pesquisa foram enfermeiros atuantes das unidades de terapia intensiva anteriormente descritas, envolvidos diretamente com a assistência ao paciente crítico, bem como os gerentes das coordenações dos serviços.

Em relação ao número de enfermeiros escalados por unidade cardiointensiva, a UCI3 dispõe de 07 enfermeiros; a UCI4, de 08 enfermeiros; a UCI5, de 07 enfermeiros; e a UCI6 e a UCI7 possuem 13 enfermeiros cada uma delas, perfazendo um total de 35 enfermeiros no complexo intensivista das 05 unidades pesquisadas.

Como critério de inclusão, delimitou-se que o tempo médio de exercício profissional destes enfermeiros na instituição e em UTI fosse superior a um ano, tempo considerado suficiente para que os profissionais se apropriassem de uma visão aproximada da realidade laboral (DEJOURS, 2011).

Cabe informar que foram coletados os dados com enfermeiros que detivessem vínculos estatutários ou celetistas fundacionistas¹, excluindo-se profissionais celetistas terceirizados, pois foi observado que não se encontravam enfermeiros com tal vínculo laboral neste hospital, e, se caso houvesse, apresentaria uma rotatividade elevada que dificultaria uma visão aprofundada sobre a organização do trabalho. Além disso, foi estabelecido como critério de exclusão dos participantes enfermeiros que estivessem de férias ou licença durante o período de coleta de dados.

¹ Fundacionista é o termo utilizado para designar o funcionário público celetista pertencente à Fundação Saúde.

O grupo de participantes foi formado por 25 enfermeiros. Salienta-se que houve duas recusas de profissionais para participar do estudo, devido ao receio em revelar situações que compromettesse seu emprego, mesmo com a explicação da garantia do anonimato descrito no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Sobre a distribuição dos participantes nas UCI investigadas, declara-se que 01 enfermeiro atuava na UCI3; 04 enfermeiros eram lotados na UCI4; 05 enfermeiros desenvolviam suas atividades laborais na UCI5; 07 enfermeiros trabalhavam na UCI6; e 08 enfermeiros atuavam na UCI7.

Salienta-se que a escolha dos participantes do estudo não se preocupou com o quantitativo dos mesmos e, sim, com o conhecimento e/ou vivência destes trabalhadores acerca do objeto de estudo. Nesta perspectiva, cita-se Minayo (2012), a qual infere que o número de participantes na pesquisa qualitativa é um parâmetro pouco valorizado, pois o que se busca é a riqueza de informações que se pode colher para apreensão do objeto da investigação.

Corroborando, em uma metodologia de base qualitativa, o número de participantes que compõe o quadro de entrevistas dificilmente pode ser anteriormente determinado, dependendo, assim, da qualidade das informações obtidas em cada depoimento, assim como do grau de recorrência e divergência destas informações. Enquanto estiverem aparecendo “informações” originais ou pistas que possam indicar novas perspectivas à investigação em curso, as entrevistas devem continuar sendo realizadas (DUARTE, 2002).

2.4 Coleta de dados

O instrumento de coleta de dados (ICD) foi um roteiro de entrevista do tipo semiestruturada composto de quatro questões abertas e de alguns dados de caracterização dos participantes (APÊNDICE C). As entrevistas foram gravadas em meio digital para facilitar a transcrição e a análise. Cabe salientar que a escolha por este tipo de técnica de coleta foi fundamentada no fato de possibilitar ao pesquisador articular a entrevista com perguntas previamente formuladas e também abordar livremente o tema em profundidade (MINAYO, 2012).

A entrevista semiestruturada é aquela que combina perguntas fechadas e perguntas abertas, as quais guiam o participante a discorrer sobre o objeto investigado, sem sofrer influências das ideias pré-concebidas dos pesquisadores. As perguntas são parcialmente formuladas pelo entrevistador (guia de tópicos) antes de ir ao campo, apresentando grande flexibilidade, pois permite aprofundar elementos que podem ir surgindo durante a entrevista (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

Ao analisar as vantagens desta entrevista, infere que:

podemos entender por entrevista semi-estruturada, em geral, aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam a pesquisa, e que, em seguida, oferece amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante. Desta maneira, o informante, seguindo espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências, dentro do foco principal colocado pelo investigador, começa a participar na elaboração do conteúdo de pesquisa (TRIVIÑOS, 2011, p.146)

Para testagem do ICD, foi realizado teste piloto com 03 enfermeiros atuantes em uma unidade de terapia intensiva de outra instituição para que fosse analisada a eficiência do instrumento em captar as informações relevantes para apreensão do objeto e alcance dos objetivos. Durante a aplicação do teste piloto, percebeu-se que os trabalhadores apresentavam dúvidas sobre o que se entendia em relação à organização do trabalho e condições de trabalho, sendo necessária uma breve explicação acerca destes conceitos.

O período de coleta de dados ocorreu nos meses de abril, maio e junho de 2019, ressaltando-se que o mesmo foi estendido para três meses devido à ocorrência de trocas de plantão entre os funcionários e à ocorrência de altos índices de absenteísmo, sendo a previsão inicial para coleta das informações de 60 dias.

As entrevistas foram registradas em um aplicativo de gravação digital, e o material transcrito foi arquivado, e permanecerá com a pesquisadora por um período de cinco anos. Após este recorte temporal, o material será incinerado, atendendo a recomendações éticas para pesquisa com seres humanos.

2.5 Aspectos éticos

A pesquisa foi cadastrada na Plataforma Brasil do Ministério da Saúde, conforme exigência da Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS), que norteia a produção de pesquisas envolvendo seres humanos (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012). A função dessa Resolução é fazer o pesquisador respeitar os referenciais da bioética, assegurando os direitos e deveres não só dos participantes da pesquisa, mas da comunidade científica e do Estado (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2012).

A pesquisa foi encaminhada para avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, sendo esta a instituição proponente, e aprovada sob o registro de parecer nº 3.223.285, CAAE: 06244819.5.0000.5282.

Após a apreciação e liberação pelo CEP da referida Universidade, o projeto foi encaminhado automaticamente, via Plataforma Brasil, para uma segunda apreciação do CEP da instituição coparticipante, sendo, então, aprovada sob o registro de parecer nº3.272.667, CAAE: 06244819.5.3001.5265.

Somente após esta aprovação é que se precedeu a coleta de dados. A autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Rio de Janeiro se encontra no Anexo A desta pesquisa, e a autorização da instituição coparticipante, campo deste estudo, caracteriza-se como Anexo B.

Para a coleta de dados, foi esclarecido a cada participante sobre o objeto e objetivos da pesquisa, assim como o caráter opcional da participação, suas contribuições e possíveis riscos. O anonimato dos participantes foi respeitado, criando-se códigos de identificação, caracterizado pela letra “E” de entrevista, seguido por um número cardinal relativo à sequência de realização das entrevistas. Assim, o primeiro participante teve como código “E1”, e assim sucessivamente. Também foi garantido o direito de o participante declinar da sua participação na pesquisa em qualquer etapa do desenvolvimento, sem qualquer prejuízo pessoal ou profissional.

Os enfermeiros que concordaram em participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo o mesmo assinado em duas vias, permanecendo uma de posse da pesquisadora e outra do participante (APÊNDICE B). No

TCLE, constaram informações sobre a pesquisa, detalhes sobre a participação no estudo, bem como os contatos telefônicos e por endereço eletrônico da pesquisadora.

2.6 Análise dos dados

O tratamento dos dados foi realizada à luz da análise temática de conteúdo, que se caracteriza pela organização das informações por meio de fases ou etapas, conduzindo a um resultado estruturado e organizado do conteúdo (BARDIN, 2011).

De acordo com a literatura, a análise temática de conteúdo compreende um processo através do qual o material empírico é cuidadosamente transformado, de forma sistemática, e codificado em unidades, as quais permitem uma descrição exata das características pertinentes ao conteúdo dos discursos analisados (OLIVEIRA, 2008).

A análise de conteúdo é definida como:

um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos, e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 2011, p.44)

O tipo de análise de conteúdo empregado nesta pesquisa foi, conforme anteriormente apontada, a análise temática, que consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou repetição seja relevante à apreensão do objetivo do estudo. A presença de determinados temas denota os valores de referência e os modelos de comportamento presentes nos discursos.

Operacionalmente, essa técnica é sintetizada em três fases: pré-análise; exploração do material; e a interpretação, que trabalha o tratamento dos resultados (BARDIN, 2011).

A pré-análise foi composta pela fase de organização propriamente dita. Caracteriza-se na escolha dos documentos a serem analisados, na retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa, reformulando-as frente ao material coletado, e na elaboração de indicadores que orientem a interpretação final (BARDIN, 2011).

A exploração do material se refere a operações de codificação, que se realiza na transformação dos dados brutos visando a alcançar o núcleo de compreensão do texto. Esta

fase, longa e fastidiosa, consiste essencialmente em operações de codificação, em função de regras previamente formuladas (BARDIN, 2011).

Na fase de tratamento dos resultados, infere-se que a interpretação dos resultados brutos são tratados de maneira a serem significativos e válidos. Os mesmos são submetidos a operações estatísticas simples ou mais complexas que permitem estabelecer quadros de resultados, diagramas, figuras e modelos, os quais condensam e põem em relevo as informações fornecidas pela análise (BARDIN, 2011).

Nesse sentido, após a transcrição e leitura das entrevistas foi identificado um total de 1.385 unidades de registro, que, agrupadas, geraram 71 unidades de significação (APÊNDICE D), que, por sua vez, deram origem a três categorias analíticas denominadas da seguinte forma: I) Recursos materiais, profissionais e estruturais: condições primordiais para a segurança do paciente; II) Características da organização do trabalho: conflitos e equívocos que repercutem na segurança do paciente e no processo de trabalho dos profissionais; e III) Impactos na saúde e subjetividade dos enfermeiros decorrentes da organização e das condições de trabalho (APÊNDICE E).

3 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Considerou-se apropriado iniciar a construção deste capítulo apresentando a caracterização sociodemográfica e laboral dos participantes, efetuando uma análise sobre tais dados para, posteriormente, apresentar e discutir os resultados decorrentes do conteúdo das entrevistas. Tal lógica de elaboração do presente capítulo está fundamentada no fato de que os dados de caracterização foram os primeiros a serem coletados e eles têm o fito de complementar e/ou enriquecer as informações captadas por meio das entrevistas.

Nesta perspectiva, com o objetivo da caracterização dos participantes, os dados coletados foram agrupados de acordo com os seguintes itens: idade, sexo, tempo de formação em anos, tempo de trabalho na unidade de terapia intensiva e especialização, nomeando o curso de *lato sensu* em caso positivo.

Ao analisarmos os achados, é possível identificar que dos 25 participantes, 19 foram do sexo feminino, e 6, do sexo masculino, demonstrando a predominância de mulheres nos serviços voltados para o cuidado, a exemplo da Enfermagem, que, por tradição e cultura, sempre contribuiu para a feminilização da saúde. No entanto, registra-se a presença crescente de homens, o que significa afirmar o surgimento de uma nova tendência, a masculinização na categoria, visualizada de forma mais acentuada após o ano de 2005 (MACHADO et al., 2016a).

A idade dos participantes envolvidos nesta pesquisa variou entre 19 e 52 anos. É importante ressaltar que apenas 7 dos 25 participantes apresentam idade superior a 40 anos completos, confirmando a tese da jovialidade dos profissionais de Enfermagem, em que 61,7% do total de trabalhadores, cerca de 1,1 milhão destes, possuem idade até 40 anos. Entre os enfermeiros, a faixa etária que prevalece é a de menos de 40 anos, representando 66,6%, equivalendo a 276.455 profissionais (MACHADO et al., 2016a).

Em relação ao tempo de trabalho na unidade terapia intensiva e a titulação dos participantes, apreendeu-se que dos 25 entrevistados, 7 não possuíam especialização, e o tempo de trabalho em terapia intensiva variou de 1 a 22 anos.

Em relação à especialização, embora os dados apontados pelo COFEN (Conselho Federal de Enfermagem) na pesquisa Perfil da Enfermagem demonstrem que mais de 70% dos enfermeiros atuantes no Brasil realizaram algum curso de especialização, a mesma

pesquisa observou que apenas 51% afirmam ter o título de especialista (MACHADO et al., 2016a).

Ao analisar as tendências da enfermagem moderna, é possível observar um crescimento na procura por aprimoramento através das especializações, visando ao bem-estar do paciente, da família e da comunidade. No entanto, pelos dados captados, 07 (28%) participantes não possuem especialização, o que é uma incongruência no mundo atual do trabalho, sobretudo, no setor saúde, que busca profissionais qualificados para lidarem com o maciço volume de informações e tecnologias que permeiam tal setor. Ademais, ressalta-se mais outra incongruência caracterizada por apenas 07 (28%) enfermeiros possuírem especialização em terapia intensiva. Entende-se que, considerando a especificidade e complexidade do cuidado em uma terapia intensiva, pelo menos a grande maioria dos enfermeiros deste cenário deveria possuir esta especialização, a fim de atender aos clientes com expertise advinda de uma formação formal e não do dia a dia do trabalho.

Sobre esta questão, Dejourns (2011) aponta que uma organização do trabalho empenhada nos bons resultados, precisa alocar a pessoa certa no local certo, com o fito de garantir satisfação por meio do atendimento da subjetiva do trabalhador e, ao mesmo tempo, utilizar-se da expertise do mesmo para gerar resultados profícuos para a produção. A organização do trabalho que não aproveita o saber do trabalhador é pouco racional. Enfim, há enfermeiros no cenário das UTI com especializações distantes do cuidado intensivista, embora, algumas especializações apontadas possam ser entendidas como transversais a qualquer campo de atuação do enfermeiros.

3.1 1ª Categoria: Recursos materiais, profissionais e estruturais: condições primordiais para a segurança do paciente

O resultado apresentado nesta categoria e a análise efetuada evidenciam o ponto de vista dos enfermeiros sobre as particularidades relacionadas a recursos materiais, pessoais e estruturais presentes no cotidiano laboral da terapia intensiva, bem como as condições de trabalho destes profissionais, apontando contribuição direta ou indireta para a saúde e segurança do paciente.

Neste panorama, os temas assinalados estão associados à rotina de trabalho e seu desenvolvimento, destacando-se a provisão de materiais, a preocupação quanto ao déficit de funcionários, as condições de trabalho inadequadas, a precariedade dos equipamentos hospitalares e suas consequências, além de inadequações físicas e de condições de trabalho, escassez de insumos e outras carências institucionais que serão descritas a seguir.

Esta categoria possui um total de 683 UR, representando 49,31% do total, sendo esta a maior categoria deste estudo. Os temas que compuseram essa categoria elucidam as atividades presentes no cotidiano laboral do enfermeiro atuante na UTI, as condições de trabalho destes profissionais, os impasses institucionais presentes na rotina laboral e os fatores que mais influenciam no trabalho e na segurança dos pacientes assistidos.

A rotina da UTI é pautada por inúmeras questões técnicas, exigindo competências e habilidades profissionais específicas. O enfermeiro é responsável, junto com os demais membros da equipe de enfermagem, pela maioria dessas ações de cuidados contínuos aos pacientes, que variam entre assistenciais, administrativas e de ensino da equipe de Enfermagem (MASSAROLI, 2015).

Ademais, o trabalho da enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva é complexo, sendo necessários inúmeros componentes para o desenvolvimento do cuidado, como a boa dinâmica do processo de trabalho entre os profissionais, a condição crítica dos pacientes e a utilização de inúmeras tecnologias, que demandam da enfermagem conhecimentos de ordens diversas, potencializando a assistência prestada e maximizando processos efetivos de trabalho e cuidado bem como promovendo a segurança do paciente (MASSAROLI, 2015).

Corroborando, o enfermeiro intensivista é responsável pela equipe técnica, supervisão, avaliação da assistência prestada por sua equipe e, ainda, confecção de educações continuadas, com o objetivo de minimizar todo e qualquer indicador que seja ofensivo à assistência de forma eficaz e adequada, além de domínio de conhecimento teórico-científico capaz de resultar em embasamento para cada ação executada (RIBEIRO, 2018).

Também é atribuído ao enfermeiro o cuidado de colocar em prática as estratégias evidenciadas como possíveis meios de prevenção e controle de riscos à saúde, além de contribuir com a confecção de instrumentos para mensurar indicadores de qualidade no setor, embasados no conhecimento científico e técnico, demonstrando o importante papel deste profissional na rotina de uma unidade de terapia intensiva (RIBEIRO, 2018).

Alguns participantes exprimiram estas atribuições e atividades nos seus discursos, como evidenciado a seguir.

Eu gosto muito de trabalhar em Unidade de Terapia Intensiva, aqui o enfermeiro praticamente domina o setor, porque a gente tem que saber tudo, tudo que está acontecendo com o paciente. É bem intenso, a gente trabalha bastante, mas eu gosto. A gente aprende muito, tem muita possibilidade de aprender coisa nova. [E12].

A gente presta assistência aos pacientes graves e os cuidados mais intensivos, além dos cuidados básicos e supervisão da equipe técnica e da parte burocrática, aprazar prescrição, evolução de paciente, fazer escala de serviço, a própria relação pessoal com a equipe multidisciplinar, e a lida com os médicos. Os procedimentos invasivos, encaminhar paciente para exame, basicamente é isso que a gente faz. [E17].

Entre as inúmeras atribuições que o enfermeiro desenvolve, a provisão de materiais para a realização da assistência apresentou um quantitativo bastante expressivo de unidades de significação, compondo um percentual de 10,47% do total de unidades de registro apreendidas nas entrevistas. Dentro deste universo, os depoimentos trouxeram clara dificuldade neste processo, conforme descrito a seguir:

[...] A gente tem que estar atento para questão do que está faltando de material, e equipamento que pode estar com defeito. Muitas vezes o paciente precisa estar com uma monitorização 100% e a gente não consegue um oxímetro adequado, não consegue uma braçadeira de PNI [pressão não invasiva], e a gente precisa monitorar aqueles parâmetros [...] aí é outra dificuldade para o enfermeiro. [E1].

As condições estão cada vez piores [...] A gente já trabalhou aqui com condições bem melhores, vejo que está com material cada vez mais escasso. Hoje não tinha gaze para trabalhar, insumo básico, e já teve época de não ter luva, de não ter álcool, insumos básicos do dia a dia [...] [E10].

[...] você perde muito tempo correndo atrás de materiais para prestar uma assistência digna ao paciente, e que a assistência não leve a risco. A gente dispende muito tempo tentando conseguir isso. [E19].

A literatura afirma que o enfermeiro deve estar sempre atento às necessidades de materiais apropriados para cada paciente, identificando e implementando estratégias adequadas e primordiais com sua equipe para garantir tais condições materiais (SANTOS et al., 2016).

A UTI é o setor de referência no tratamento de casos graves, devido à instabilidade fisiológica de seus pacientes e à utilização de diversos aparelhos, dispositivos e ferramentas, muitos deles funcionando simultaneamente, além de intervenções e assistência intensiva, o que torna tal setor um dos lugares mais suscetíveis a erros que podem gerar graves

consequências ao paciente (OLIVEIRA; GARCIA; NOGUEIRA, 2016). A assistência na UTI requer atenção no que diz respeito ao planejamento de ações com foco no cuidado seguro, uma vez que os cenários destas unidades são predominantemente marcados por equipamentos de difícil manuseio e falta de pessoal devidamente capacitado (RIBEIRO et al., 2016), reforçando a especificidade existente nos locais de cuidado ao paciente crítico.

Nas UTI, devem ser providos diversos recursos para a assistência de pacientes em situação complexa, que, por sua vez, gera maiores gastos devido ao uso de equipamento técnico de elevado valor econômico, específico e sofisticado, além de profissionais com conhecimento e capacitação específica (VAZ et al., 2013).

Todavia, diante do contexto neoliberal que vem aprofundando a precarização do trabalho, fatores, como condições de trabalho inadequadas, o sucateamento da máquina pública e a escassez de recursos humanos e materiais, gerados pela contenção de gastos públicos (GONÇALVES et al., 2015; SOUZA et al., 2009), acabam por interferir diretamente na organização do trabalho destes profissionais.

Mediante análise das unidades de significação, a preocupação quanto ao dimensionamento e déficit de pessoal nas unidades de terapia intensiva apresentou a incidência de 9,60% do total de UR encontradas.

Alguns depoimentos elucidam esta afirmativa, conforme descrito a seguir:

Temos essa preocupação de saber se a gente tem profissionais suficientes para desenvolver o trabalho. Essa preocupação, inclusive, também é uma das primeiras dificuldades, ou seja, conseguir o mínimo de profissionais dentro do dimensionamento numa UCI e, na maioria das vezes, esse quantitativo está deficitário. [E1].

Detona o paciente se não tem recursos humanos, se não tem como fazer uma mudança de decúbito de 2 em 2 horas. Assim, aquele paciente que veio com a pele íntegra, acaba tendo várias úlceras, e acaba infectando e morrendo por causa dessas úlceras. Isso é muito triste. [E2].

Por ser a única enfermeira do plantão, eu fico tanto na parte de medicação quanto na parte de assistência, assim, muitas vezes, com certeza não tendo uma eficácia tanto na parte assistencial quanto de medicação, por conta de me envolver em duas funções ao mesmo tempo, e não ter outra enfermeira para estar dividindo essas tarefas. [E11].

O número adequado de profissionais é indispensável para o cuidado seguro, sendo responsabilidade institucional prover condições favoráveis em termos de recursos humanos nas unidades. O dimensionamento adequado de profissionais, segundo as necessidades dos

pacientes, possibilita não só menor risco aos pacientes como também menor incidência de agravos à saúde dos trabalhadores (SOUSA; SASSO; BARRA, 2012).

Portanto, o quantitativo insuficiente de recursos humanos repercute na qualidade do cuidado, oferecendo riscos diretos à segurança do paciente em terapia intensiva, uma vez que os trabalhadores que resistem à tal situação estão sobrecarregados, apresentando diminuição de suas capacidades físicas, cognitivas e psicológicas para lidarem com a problemática laboral (CUNHA, 2016).

A escassez de recursos humanos apontada pelos participantes, assim como a de materiais, são reflexos do contexto do modelo neoliberal em que estes trabalhadores estão inseridos, em consequência do processo de enxugamento da máquina pública e seus cortes orçamentários dos recursos financeiros para a área da saúde.

Isto posto, diante da análise proposta por esta pesquisa em investigar o cotidiano laboral do enfermeiro e os fatores que incidem sobre a segurança do paciente, é possível perceber que os discursos coletados são capazes de exemplificar que o enfermeiro possui dificuldades em garantir tal segurança, considerando a escassez de material. Nesta pesquisa, a falta destes insumos e seus prejuízos ao trabalho e aos pacientes compuseram o valor percentual de 6,35% de UR, demonstrando o quanto esta problemática é relevante para se assegurar o cuidado seguro.

Com relação ao material, não tem às vezes o básico, gaze, algodão, fralda, luva, que é o básico para gente prestar o mínimo do cuidado [...] E é nesse sentido que a gente não consegue nem chegar na palavra qualidade, é o mínimo do cuidado. E neste contexto o paciente fica muito prejudicado. [E8].

A troca de capote deve ser feita a cada 12 horas ou a cada 24h. Não tem capote, e aí? Então eu vejo hoje que os insumos vão contra a barreira de proteção contra infecção. Outro exemplo: precisamos trocar o equipo em 96 horas, aí chega a época que não tem equipo, daí o equipo fica uma semana, 15 dias. E isso seguramente prejudica o paciente. [E21].

Um estudo aponta que a escassez de material, que leva à improvisação e a adaptação, é um fator limitante para o trabalho em UTI, gerando desconforto e reduzindo a qualidade do cuidado ofertado aos pacientes, devido ao cotidiano de precariedade de recursos (SILVEIRA et al., 2012).

A escassez de materiais emerge como um dos maiores problemas no ambiente laboral, sendo o maior, e é responsável por gerar um estresse global na equipe de enfermagem. A insuficiência de material implica a necessidade pela sua busca ou improvisação, e na perda de tempo que poderia ser destinado à assistência, além de comprometer a realização profissional,

gerando frustração e sensação de incapacidade no trabalhador (RODRIGUES; CAMPONOGARA; SOARES, 2016).

No Brasil, a Portaria n.º 2.510, de 19 de dezembro de 2005, criou uma Comissão para elaborar a Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde (PNGTS) no âmbito do SUS, sendo que a sua coordenação foi exercida pelo Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, do Ministério da Saúde. De acordo com essa portaria, tecnologias em saúde são: medicamentos, equipamentos, procedimentos técnicos, sistemas organizacionais, informacionais, educacionais e de suporte, programas e protocolos assistenciais por meio dos quais a atenção e os cuidados com a saúde são prestados à população (BRASIL, 2005).

Em 2007, o Ministério da Saúde formalizou, por meio da Portaria n.º 2.481, o Sistema de Apoio à Elaboração de Projetos de Investimentos em Saúde (SomaSUS) (BRASIL, 2007). A ferramenta tem como objetivo auxiliar gestores e técnicos na elaboração de projetos de investimentos em infraestrutura na área de saúde. Após cinco anos da publicação da Portaria que institui a Comissão para Elaboração de Proposta de Política de Gestão Tecnológica no âmbito do SUS (CPGT), o MS publicou o manual da PNGTS, tendo como propósitos a aquisição e monitoramento das tecnologias, o desenvolvimento de mapas regionais dos recursos tecnológicos existentes e o monitoramento das manutenções requeridas pelas tecnologias para garantia de sua correta utilização e segurança dos usuários, dos profissionais e do meio ambiente.

Também foram realizados incentivos como cursos de especialização e educação permanente voltados à gestão de equipamentos médico-hospitalares, tais como Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) e Gerenciamento de Unidades de Saúde. Outro ponto observado foi a criação de mecanismos formais para articular os setores envolvidos no processo de gestão de tecnologias em saúde. O monitoramento de tecnologias em saúde foi definido nessa portaria como um “processo sistemático e contínuo de acompanhamento do uso da tecnologia, visando à obtenção de informações em tempo oportuno para subsidiar a tomada de decisão, relativas à substituição, ao abandono ou à ampliação de cobertura” (BRASIL, 2010, p. 27).

Embora haja um investimento crescente para a adequação tecnológica do SUS, a falta de um sistema de gestão eficiente desse patrimônio afeta o desenvolvimento das políticas de saúde. Desta forma, são necessárias medidas que reforcem a responsabilização dos gestores, para reforçar a necessidade de planejamento das ações e redução do desperdício de recursos públicos (AMORIM; PINTO JÚNIOR; SHIMIZU, 2015).

O Brasil apresenta um contínuo crescimento com o gasto na saúde, relacionado à universalização do acesso a partir da criação do Sistema Único de Saúde, ao aumento da expectativa de vida da população e, principalmente, à incorporação tecnológica das últimas décadas. Esses aspectos contribuem significativamente para o aumento dos custos hospitalares, refletindo diretamente na qualidade assistencial e nos recursos públicos e privados disponíveis para seu financiamento (CAMPOS; MARQUES, 2011).

A instituição hospitalar possui uma gestão diferenciada de outras organizações, pelo fato de apresentar características próprias como, por exemplo, a atuação ininterrupta, a multidisciplinariedade, o fato de lidarem com clientes em momentos de maior fragilidade, exigindo um aporte assistencial holístico; e recursos tecnológicos disponíveis e eficientes para a assistência, influenciando assim, no custo institucional (GIL; CHAVES; LAUS, 2015).

Parte das dificuldades encontradas na estrutura e complexidade da gestão hospitalar está relacionada à falta de recursos financeiros que afeta a alocação de recursos humanos, materiais e logística (RAIMUNDO; DIAS; GUERRA, 2014). O desafio para os gestores hospitalares está em manter o equilíbrio econômico-financeiro, assim como suprir o crescimento da demanda com o aumento da oferta da prestação de assistência à saúde para a população (COELHO et al., 2013), o que se caracteriza como uma grande barreira dentro do contexto político e econômico atual de sucateamento da máquina pública.

Para a Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP), um fator que contribui para a elevação do custo hospitalar é a carga tributária brasileira sobre o preço final dos equipamentos de saúde, visto que mais de 80% dos dispositivos médicos são importados. Indo ao encontro dessa informação, os dados do observatório da ANAHP apontam que a segunda maior despesa dos hospitais compreendem os insumos hospitalares, totalizando 24,5% do custo no ano de 2014 (ANAHP, 2015). Os gastos com materiais nessas instituições representam aproximadamente de 15% a 25% das despesas, tanto nas instituições públicas, como privadas (REINHARDT, 2011).

A literatura aponta como barreira ou limitação no desenvolvimento de estratégias de segurança ao paciente, a problemática da escassez de materiais necessários às atividades, em que foram evidenciadas algumas limitações e dificuldades estruturais como falta de equipamentos, laboratório e profissionais, decorrentes da escassez de recursos financeiros. Problemas estruturais, como a falta de insumos materiais, é uma das preocupações observadas, necessitando de ajustes econômicos. Entende-se que há uma grande dificuldade

de implantar segurança com recursos materiais inadequados ou escassos ou suporte tecnológico deficiente ou inadequado para atender aos pacientes (QUES; MONTORO; GONZÁLEZ, 2010).

Salienta-se que os depoimentos demonstraram que os profissionais percebem claramente a relação que existe entre a escassez de insumos hospitalares e o prejuízo na assistência prestada, correlacionando a falta de materiais como um risco a segurança do paciente.

Isto posto, verifica-se que as condições de trabalho inadequadas, representadas por 6,14% das UR, relacionam-se com este contexto insólito e de repercussão negativa para a segurança do paciente e dos trabalhadores. As falas a seguir exemplificam este contexto:

Eu acho que a relação é direta entre este contexto macro econômico e político do Estado com as condições inadequadas de trabalho. E isso afeta diretamente a segurança do paciente, por mais que a gente aja com profissionalismo, que a gente tenha total consciência dos riscos e tente cobrir da melhor maneira a falta de estrutura, de recursos, há uma coisa maior que dificulta atuar com segurança. [E1].

É extremamente estressante trabalhar aqui pela condição física, pela falta de material, pela falta de equipamento que esteja em condições de uso. Isso deixa a pessoa cada dia mais nervosa, e isso acaba influenciando também no cuidado com o paciente. E eu sei que há um cenário social, econômico e político desfavorável para a boa assistência. [E7].

As condições de trabalho dos profissionais da saúde e, particularmente, da enfermagem experimentaram transformações profundas por conta das mudanças gerais desenvolvidas no mundo do trabalho diante do contexto do modelo neoliberal (GANERO; BLANCH; OCHOA, 2018).

No Brasil, 1.990.202 trabalhadores de enfermagem foram afetados pela reestruturação do trabalho, que promoveu a precarização das relações e condições de trabalho, responsável por situações como múltiplos vínculos trabalhistas e salários defasados acarretando comprometimento dos direitos trabalhistas. Além disso, observa-se a sujeição dos profissionais às condições indignas de trabalho por medo do desemprego. Esse contexto influencia a segurança dos pacientes e dos trabalhadores (SILVA et al., 2013).

Nas últimas décadas, a profissão de enfermagem seguiu, tanto a nível mundial como local, um desenvolvimento paradoxal; por um lado, houve melhora significativa na formação em habilidades e recursos materiais e tecnológicos para o desempenho profissional, por outro, as condições de trabalho se tornaram mais duras, complexas e difíceis (GANERO; BLANCH; OCHOA, 2018)

Um estudo evidenciou que somente 17,9% da equipe de enfermagem pesquisada classificam as condições de trabalho do setor público excelentes e ótimas; 39,2% consideram-nas boas, e 34,6%, regulares; enquanto, para 8,4% dos profissionais, essas condições são julgadas como péssimas, concluindo uma grande insatisfação dos trabalhadores com esta realidade (MACHADO et al., 2016b).

No trabalho precário, os profissionais de enfermagem convivem rotineiramente com a insegurança relacionada à perda do emprego e à ausência de seguridade social, o que contribui para aceitação da exploração e submissão a condições inadequadas de trabalho, repercutindo em suas atividades laborais, na segurança e na qualidade da assistência. Considerando que os trabalhadores de enfermagem representam uma das maiores categorias da área de saúde, esses estão mais vulneráveis aos efeitos da precarização (SILVA et al., 2013).

Portanto, ao se condensar e sintetizar os efeitos da inovação política, gerencial e tecnológica observados nos mais diversos contextos da Saúde, revela-se também como os mesmos são responsáveis por afetar e confrontar essas novas demandas organizacionais em um cenário duplamente crítico: a reforma dos serviços de saúde, que acelerada e intensificada por uma forte restrição financeira, leva a consequências de cortes de pessoal, aumento na proporção de pacientes por profissional e crescente pressão assistencial, atrelada a uma sobredemanda quantitativa e qualitativa de trabalho de cuidado, cognitivo e emocional (GANERO; BLANCH; OCHOA, 2018).

O processo de cuidado na rotina de assistência em UTI requer dos profissionais envolvidos atenção à prática da segurança do paciente, instigando iniciativas que promovam a cultura de segurança no cotidiano do setor (RIBEIRO et al., 2016). Assim, o cuidado prestado deve ganhar um olhar diferenciado, sendo produto de ações administrativas e assistenciais, cujo cuidado deve ser baseado em evidências científicas (LIMA et al., 2017), ratificando assim, a necessidade de condições de trabalho adequadas para um setor com cuidados tão específicos.

Corroborando a temática sobre os fatores que repercutem na segurança dos pacientes, a precariedade dos equipamentos hospitalares e os prejuízos decorrentes da mesma compuseram um percentual de 3,18% do total das unidades de registro coletadas nos depoimentos, conforme descrito a seguir:

Às vezes você tem um ventilador que está está em uso na criança, daí ela para e ele não alarma. Você não sabe que a criança parou, se você não ficar atento... você tem

um monitor que entra o módulo de ECG [eletrocardiograma] e não entra o módulo de pressão arterial, assim, é trabalhar com equipamentos que não ajudam na qualidade da assistência e na segurança do paciente. [E6].

Tem muito problema com equipamento. O número de equipamentos é sempre o mínimo, e sempre temos que fazer adaptações para as coisas funcionarem. Às vezes tem 5 monitores, você os desmonta e faz 3, tira um pedaço de um, um pedaço de outro, pra montar um que seja funcional. [E10].

Não existe manutenção de equipamentos, por exemplo, eu tenho um leito que está quebrado e eu não tenho ninguém da engenharia clínica pra mexer no leito; um paciente que iniciou uma dieta de prova, e eu não tenho como dar comida para ele porque ele está deitado e ele não consegue levantar. E aí isso eu classifico como ruim, porque você fica de mãos atadas e não consegue desenvolver o seu trabalho da forma que deveria. [E20].

É importante ressaltar que, assim como há equipamentos precários em toda instituição para a assistência, muitos profissionais alegaram a falta de manutenção destes equipamentos, bem como a não aquisição de novos produtos para o cuidado e tratamento dos pacientes, sendo possível, nos depoimentos, relacionar diretamente os prejuízos para a segurança dos pacientes internados.

O Programa Nacional de Segurança do Paciente tem como objetivo geral a contribuição para a qualificação do cuidado em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional, em parceria com o Sistema Único de Saúde. Para que seja efetivado, tem como estratégia a implementação de diversos meios tanto relativos à formação quanto à orientação e capacitação de profissionais e estudantes acerca da segurança do paciente (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2013c). Uma das áreas de interesse do programa é o uso seguro dos equipamentos, pela variedade de dispositivos, de fabricantes, de especificações técnicas do funcionamento dos equipamento e pela necessidade de conhecimentos e atenção do seu manejo adequado (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2013c).

Esta preocupação se assenta nas evidências da literatura sobre a ocorrência de erros do profissional no manuseio dos equipamentos, especialmente em ambientes de Unidade de Terapia Intensiva, que são caracterizados pela presença marcante destes equipamentos. Os incidentes ligados aos equipamentos têm gerado danos aos pacientes – eventos adversos, conforme se verifica nos estudos sobre esta temática (MATTOX, 2012).

É relevante lembrar que, no país, a maior preocupação está concentrada na compra de equipamentos, e, por uma questão cultural, a operação e a manutenção são negligenciadas.

Isso resulta na baixa qualidade da prestação de serviços, atrasos na instalação e interrupções no seu funcionamento (GUIMARÃES, 2008).

A aquisição de equipamentos médico hospitalares é responsabilidade dos estados e municípios, porém, o MS desenvolveu ferramentas para auxiliar os gestores nessa atividade. A ferramenta SomaSUS se assemelha ao Sisplan (Sistema de Planejamento), implantado em 1994 pelo MS, porém, mais detalhado. Nos três volumes publicados, não foram identificadas orientações sobre a gestão dos equipamentos ou mesmo espaço físico destinado para a guarda dos mesmos (AMORIM; PINTO JÚNIOR; SHIMIZU, 2015).

Dependendo do porte do equipamento, há necessidade de construir ou readequar a infraestrutura física, os recursos humanos especializados, tratamento de resíduos diferenciado, manutenções periódicas, insumos e substituição de peças de alto custo (GUTIÉRREZ, 2004).

Conclui-se, portanto, que o MS não dispõe de um sistema informatizado ou ferramenta para gerir os equipamentos médico hospitalares do SUS, exceto para as instituições da Hemorrede, evidenciando que as ações dos órgãos ligados ao MS desenvolvem ações desarticuladas (AMORIM; PINTO JÚNIOR; SHIMIZU, 2015), repercutindo negativamente na organização do trabalho dos profissionais e na qualidade da assistência.

Seguindo a abordagem que permeia as condições para a qualidade na assistência dispendida ao paciente, a falta de medicamentos no cotidiano laboral apresentou um percentual de 1,88% do total de UR coletadas ao longo das entrevistas, descrita a seguir:

O paciente fazendo arritmia, precisando de Amiodarona, não tem Amiodarona no hospital, e o médico vai fazer o quê? E o paciente está piorando, e ele precisava disso, e não tem isso. Ou seja, é muito difícil lidar com essas condições diariamente, sabendo o que precisa ser feito para corrigir a condição do paciente, e sabendo que não vai ser feito pela falta do recurso. [E1].

Uma outra questão a nível de segurança medicamentosa, é a falta de medicação na farmácia, porque às vezes não tem AAS, enfim, medicações simples, que não tem. Dipirona faltando, assim, questões inadmissíveis da gente estar numa unidade dessa, e você não ter medicamentos anti-hipertensivos. [E8].

Os pacientes entram, fazem a cirurgia, quando volta às vezes não tem nem um antibiótico para fazer no pós operatório. Tem vários medicamentos em falta, o que acarreta em complicações para o paciente. [E12].

O desabastecimento de medicamentos já é considerado um problema de saúde pública e representa um obstáculo importante para a garantia do acesso e, conseqüentemente, do direito à saúde. A problemática tem transcendido fronteiras nacionais e já vem sendo debatido em arenas internacionais, sendo tema de discussão da Assembleia Mundial da Saúde (AMS)

de 2016 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016a) e de reuniões do Conselho Executivo em 2015, 2017 e 2018 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015; 2017; 2018). As discussões no âmbito da Organização Mundial da Saúde significam, portanto, que o desabastecimento de medicamentos se tornou um problema de amplitude mundial (CHAVES et al, 2019).

Em todo mundo, a questão dos medicamentos e tecnologias farmacêuticas são aspectos decisivos para o bom funcionamento das políticas públicas de saúde. Isto também se faz presente no Brasil, onde o Sistema Único de Saúde (SUS) se propõe a ser um sistema de saúde, garantindo acesso universal, integral e equânime à população. Contudo, na conjuntura em que vivemos, vem crescendo a vulnerabilidade do país em relação a esta questão (CORRÊA; RODRIGUES; CAETANO, 2018).

O sistema hospitalar público congrega instituições de saúde de importantes funções sociais, comprometendo a maior parte dos recursos destinados à saúde no Brasil. Hoje, a demanda de pacientes e de gastos financeiros é alta nos hospitais públicos, tornando-se uma dificuldade recorrente para os gestores públicos, sendo o setor farmácia um dos principais focos para resolutividade do problema com o orçamento financeiro (PEREIRA, 2015).

Medicamentos para doenças crônicas são ainda menos disponíveis do que os utilizados no tratamento de doenças agudas, particularmente em países de baixa e média renda, que assumem grande importância no tratamento de morbidades que apresentam prevalências crescentes no Brasil em decorrência do envelhecimento populacional, a exemplo das doenças crônico-degenerativas (hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus), e problemas de saúde mental (NASCIMENTO et al., 2017), ficando claro o prejuízo direto à segurança do paciente quando tratamos da falta de medicamentos essenciais na terapêutica aplicada aos mesmos.

A problemática é um contrassenso, posto que, frente ao conceito estabelecido pelo artigo 196 da Constituição Federal, em que “saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, SEÇÃO II, p.1), o direito básico do usuário se encontra ferido.

Desse modo, é possível perceber que as carências institucionais descritas, como falta de insumos, déficit de recursos humanos, precariedade de equipamentos e falta de

medicamentos, possuem relação direta com a segurança do paciente, trazendo claros prejuízos para a promoção e a recuperação da saúde do usuário, demonstrando o quão relevante é abordar a temática, que se apresenta de modo plural e multifacetado.

Sobretudo, é importante destacar que este quadro de precariedade está intrinsicamente atrelado a uma política de enxugamento da máquina pública, ou, ainda pior, à desobrigação do Estado para a manutenção de políticas públicas e garantia de saúde para a população. Tal situação se deve à política neoliberal que visa o estado mínimo e o lucro acima de tudo, mesmo que às custas da saúde de grupos vulneráveis.

3.2 2ª Categoria: Características da organização do trabalho: conflitos e equívocos que repercutem na segurança do paciente e no processo de trabalho dos profissionais

Pretende-se com esta categoria descrever as características da organização do trabalho e as tensões e equívocos os quais permeiam este ambiente que, por sua vez, repercutem na segurança dos pacientes e no processo de trabalho dos profissionais. Esta categoria possui um total de 592 UR, representando 42,74% do total.

Os temas agrupados nesta categoria elucidam fatores como a carga de trabalho a qual os trabalhadores são submetidos, o perfil de administração e gerenciamento do serviço, a presença de fenômenos como a improvisação diante das dificuldades institucionais, entre outros fatores relevantes para a configuração organizacional do trabalho e que acabam gerando tensionamentos no processo laboral.

Antes de iniciar as considerações sobre a categoria em questão, é importante retomar as bases teóricas sobre as quais os profissionais de saúde estão inseridos no contexto organizacional do trabalho na atualidade.

Nos anos 1990, a estrutura socioeconômica brasileira passava por transformações e o neoliberalismo conquistava o cenário brasileiro com propostas de reformas envolvendo a redução de gastos sociais, a liberalização do regime de investimentos estrangeiros, a privatização de órgãos públicos, a desregulamentação do mercado de trabalho e a globalização da economia (MASSIMO, 2013).

Paralelamente, modelos flexíveis de gestão e organização do trabalho começaram a fazer parte do cotidiano laboral, iniciando, assim, o processo de reestruturação produtiva que pressupunha inovações como a redução de custos, o aumento da competitividade e a melhoria da eficiência (MARQUES, 2013).

Essa reconfiguração, que permeou pelos campos político, econômico e laboral, foi capaz de determinar a redução do papel do Estado na sociedade, bem como sobre o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo influência direta sobre o processo de trabalho em saúde (PRATA; PROGIANTI; DAVID, 2014).

Neste ínterim, surgiram os modelos flexíveis de gestão e de recursos humanos, parceiros de entidades sem fins lucrativos e Organizações Sociais, aumentando, assim, tanto a rede assistencial quanto a variabilidade de vínculos trabalhistas inseridos na esfera pública. Em contrapartida, as políticas de saúde propunham a reconfiguração do modelo de cuidado, desta vez com enfoque na integralidade e na autonomia do indivíduo, baseado na interação entre usuário e profissional e no uso de tecnologias leves, rompendo com o modelo biomédico, ainda predominante nos serviços de saúde brasileiros (PRATA, PROGIANTI, DAVID, 2014).

Neste panorama, a precarização no trabalho ganha destaque a partir da década de 90, por meio do processo de reestruturação produtiva como parte da influência do neoliberalismo, estabelecida pelos países centrais e imposta aos países em desenvolvimento. Tal estratégia se consolidou por meio da reforma política, social e econômica implementada no país, que adotou as exigências supracitadas, inclusive, nas relações laborais, lançando a flexibilização das organizações, tendo a precarização do trabalho como principal estratégia (SILVA; FREITAS, 2016).

Com base no contexto da organização do trabalho e suas influências, as entrevistas coletadas evidenciaram a alta carga de trabalho dos profissionais, responsável por 5,34% das UR coletadas, influenciada também pela alta complexidade dos pacientes em terapia intensiva. Tal análise está caracterizada nas seguintes falas:

Às vezes a quantidade elevada de atividade, sobretudo, com condições de trabalho difíceis, principalmente aqui no setor, que tem um número grande de pacientes, fica pesado. E a gente acaba não conseguindo dar aquela assistência que gostaria de dar. [E4].

[...] Uma criança quando ela entra em PCR [parada cardiorrespiratória], qualquer coisa que aconteça nesse processo, eu posso sequelar ela para o resto da vida. Faltou um minuto de oxigênio no cérebro dela, ela se torna um vegetal para resto da vida,

então, a atuação do enfermeiro numa UCI neonatal pediátrica é muito mais intensa do que em qualquer outro setor. [E6].

A carga de trabalho de enfermagem é constituída por todas as atividades que são realizadas, direta ou indiretamente, durante a assistência ao paciente e sofre interferência direta do seu grau de dependência (PANUNTO; GUIRARDELLO, 2012).

Um dos instrumentos mais usados para mensuração da carga de trabalho é o *Nursing Activities Score* (NAS), um sistema de classificação traduzido e validado para a realidade brasileira, que demonstra índices satisfatórios de confiabilidade, de validade de critério e de constructo, sendo utilizado como um instrumento confiável e válido para mensurar carga de trabalho de enfermagem em UTI e justificar a necessidade de pessoal adicional quando ocorre aumento da carga laboral (QUEIJO; PADILHA, 2009; NUNES; TOMA, 2013).

Na provisão de recursos humanos de enfermagem, o dimensionamento foi definido com novos parâmetros através da Resolução nº 543/2017 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) na assistência intensiva. A resolução traz o parâmetro de carga de trabalho voltado à demanda de 18 horas assistenciais/dia por paciente, entre outras determinações que normatizam o dimensionamento de pessoal no Brasil, adequando corretamente a distribuição de carga de trabalho (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2017).

Os profissionais que atuam em UTI necessitam de maior precaução e agilidade para intervir em todas as situações, buscando uma assistência em saúde segura e de qualidade (DECEZARO et al., 2014). Somado a isso, os enfermeiros, em especial, apresentam maiores chances de sofrerem sobrecarga de trabalho em virtude da rotina estressante, exercendo atividades de grande exposição e complexidade, que exigem uma vigilância constante com o cuidado humano. Outrossim, fatores como a relação direta com o sofrimento dos familiares, o baixo número de profissionais para a atividade, com falta de recursos e insumos hospitalares, acaba por levar os trabalhadores a um maior desgaste físico e mental (FERNANDES, 2015b).

Em relação ao profissional, diante das incongruências da organização do trabalho impostas pelo modelo neoliberal, a saúde do trabalhador deve ser estudada sob uma ótica interdisciplinar. Para isso, a Psicodinâmica do Trabalho se torna uma abordagem apropriada, pois é capaz de desvendar a dinâmica das situações de trabalho e os possíveis agravos à saúde do trabalhador, visto que o mesmo, em muitos momentos, passa por sofrimento e exaustão

para atender às exigências do modelo apresentado no cenário laboral em sua atividade produtiva (CAMPOS, DAVID, SOUZA, 2014).

Em relação ao paciente, a internação em UTI pode representar até 30% dos custos do orçamento hospitalar, sendo que as despesas com os recursos humanos respondem por uma grande parcela desses custos (KRALJIC et al., 2017).

Ademais, o aumento da incidência das IRAS, de acordo com vários autores, está relacionado ao número inadequado de profissionais de enfermagem para prestar assistência necessária ao paciente (AIKEN et al., 2014; HUGONNET; UCKAY; PITTET, 2007; MCGAHAN; KUCHARSKI; COYER, 2012; NEEDLEMAN et al., 2002; NEURAZ et al., 2015; OLIVEIRA; GARCIA, NOGUEIRA, 2016), corroborando a importância da adequação de proporção destes profissionais, bem como a diminuição da carga de trabalho dos mesmos, assegurando confiabilidade na qualidade na assistência (QUES; MONTORO; GONZÁLEZ, 2010).

A influência da carga de trabalho de enfermagem foi identificada também como fator de risco para ocorrência de outros eventos adversos, como lesão por pressão e/ou erro de medicamento, influenciando diretamente na segurança do paciente, aumentando, assim, as taxas de mortalidade, o tempo de internação e os custos hospitalares (AIKEN et al, 2014; NEEDLEMAN et al., 2002; NEURAZ et al, 2015).

Outro estudo, realizado com 195 pacientes, verificou que 43 pacientes (22%) desenvolveram IRAS, e, assim como no presente estudo, a carga excessiva de trabalho de enfermagem foi identificada como fator de risco para tais infecções. Assim, o excesso de tarefas tem impacto direto no trabalho da equipe de enfermagem, e por ser uma atividade que exige atenção e conhecimento técnico, ao ser realizado de forma incorreta, oferece riscos diretos ao paciente (DAUD-GALLOTTI et al., 2012). Em outro estudo, também foi encontrada uma alta correlação positiva entre as variáveis de carga de trabalho e a taxa de eventos adversos (CUADROS et al., 2017).

Verifica-se, portanto, que a Unidade de Terapia Intensiva detém particularidades relacionadas à carga de trabalho excessiva e à alta demanda assistencial oriunda da gravidade dos pacientes, que geram repercussões na saúde do trabalhador e no processo de trabalho. Tais particularidades precisam ser relevadas pela organização do trabalho, assegurando um quantitativo adequado para a intensa demanda laboral neste contexto.

Porém, mesmo com evidências científicas e estudos comprovando a necessidade de manter a relação profissional e pacientes dentro de parâmetros quantitativos que garantam uma assistência segura e, ao mesmo tempo, a saúde física e mental dos trabalhadores de enfermagem, a organização laboral insiste em subestimar este quantitativo, penalizando o trabalhador e os pacientes. Esta é mais uma incongruência de uma organização do trabalho pouco racional que se fundamenta em preceitos neoliberais, tensionando ao máximo as capacidades psicofísicas dos trabalhadores para evitar gastos com a contratação de força de trabalho.

No que se refere à organização e ao processo de trabalho, as falhas na administração e no gerenciamento do serviço somaram 3,68% das UR mencionadas durante as falas, sendo expostas a seguir:

Quase todo plantão eu já venho preparada para briga, você já vem tenso, porque o supervisor chega, ele olha número, ele não vê complexidade E isso é um contrassenso. [E6].

É uma questão da chefia se posicionar com relação a isso, se a gente não tem material, a gente não tem condições de verdadeiramente prestar o mínimo de assistência com qualidade [...] e aí assim, o hospital está sempre lotado, e a gente não tem material, e a gente fica improvisando sempre. [E8].

Eu acredito que por ser um hospital público a gente tem essas limitações, mas acho que muita coisa está ligada à gerenciamento[...] a gente não sabe porque ninguém passa isso para gente. Eu acho que essa relação clara da gerência com a gente é muito difícil. [E18].

Grande parte dos entrevistados referiu insatisfação com a gerência e a administração do serviço de enfermagem, cobrando uma postura mais presente, efetiva e solidária, que releve a subjetividade do trabalhador, sendo participativa na luta por melhores condições de trabalho, resistindo às dificuldades vivenciadas no cotidiano laboral.

No que concerne às relações de trabalho, cabe mencionar que as relações entre chefia e subordinado são de extrema importância para que o profissional produza mais satisfeito, pois, a partir de uma atitude do gerente que seja mais flexível, que escute os trabalhadores e suas sugestões, minimizam-se alguns episódios conflituosos (HEAD; WASHINGTON; MYERS, 2013).

No que diz respeito à percepção da equipe de enfermagem em relação ao apoio da chefia em situações de dificuldade, um estudo evidenciou que apenas 63% têm acesso rápido ao chefe; 21,4% alegam que somente “às vezes”; e 6,7% não contam tal apoio, concluindo-se

que mais de 1/4 da equipe pesquisada percebe a chefia inacessível e distante, quando necessária ajuda (MACHADO et al., 2016b). Este estudo vem ao encontro do ponto de vista da maioria dos participantes da presente pesquisa, revelando-se a insatisfação com o modo de gerência da chefia e aumento da rotatividade nos ambientes de trabalho.

Cabe ressaltar que outros fatores, como taxas elevadas de rotatividade, tendem a deixar insatisfeitos os profissionais que permanecem nas organizações, pois influenciam diretamente na dinâmica do trabalho, gerando influências negativas na eficácia e na organização do serviço, na produtividade do trabalhador e na satisfação do paciente demonstrando a íntima relação entre profissionais insatisfeitos com o gerenciamento e os prejuízos na assistência (HEAD; WASHINGTON; MYERS, 2013).

A percepção dos profissionais de enfermagem reflete os valores que determinam a cultura organizacional do hospital, retratando um modelo de gestão e organização do trabalho utilizado que pode ser responsável por causar adoecimento e sofrimento nos trabalhadores (ROCHA et al., 2016). Neste momento, cabe evidenciar que a literatura atual mostra um grave dado, em que 56,1% da equipe de enfermagem refere ter tido necessidade de atendimento médico nos últimos 12 meses, o que representa mais de um milhão de trabalhadores que precisam de assistência médica, confirmando a tendência do “adoecimento da enfermagem” (MACHADO et al., 2016a).

Assevera-se, dessa forma, que uma gerência presente, participativa e resolutiva é imprescindível para a manutenção de um bom ambiente de trabalho. De outro modo, quando essa se faz ausente ou inalcançável, a relação de confiança e representatividade é diminuída, gerando sensações de abandono ou de pouca representatividade diante das dificuldades e peculiaridades existentes no serviço público.

No que concerne às características das instituições públicas, 1,37% das UR captadas se referem às particularidades do serviço público, isto é, a precariedade imposta por uma gestão que visa o enxugamento dos gastos sem considerar a garantia da qualidade da assistência. Algumas falas evidenciam essa análise:

Seja lá quais forem os motivos que tornem essas condições assim tão precárias, eu acredito que isso é uma característica de hospital público, eu acho que um hospital particular, de grande porte, com melhor qualidade, isso é levado mais em conta, é mais suprido. [E1].

A condição da maioria dos serviços públicos é de muita precariedade, dificultando a qualidade da assistência e quase que inviabilizando a satisfação e sobrevivência dos profissionais. [E5].

No serviço público, é difícil você consolidar a cultura da segurança, porque o profissional diz que sempre fez assim, e é difícil você mudar isso; está arraigado na prática dele. Além disso, falta material que lhe proporcione condições de uma assistência segura. No privado, você conversa, diz que não pode, existe um contrato, e se o trabalhador não cumpre, você desliga, no público não. Isso desmotiva e você acaba se acomodando. [E21].

Em relação ao sistema de saúde, a partir dessas falas, cabe ressaltar algumas bases teóricas sobre o Sistema Único de Saúde, que sofreu com a falta de prioridade e teve seu desmonte reforçado pela crise econômica, pelas políticas de austeridade fiscal, e, especialmente, pela Emenda Constitucional 95 (EC 95/2016), responsável por congelar o orçamento público por vinte anos (VIEIRA, 2016).

O fato é que o SUS foi implantado, mas não se encontra consolidado. Inspirado em valores como igualdade, democracia e emancipação, e exercendo destaque em políticas de saúde como o Programa Nacional de Imunizações (PNI) e a Estratégia de Saúde da Família, o Sistema esbarra nos valores ideológicos dominantes na sociedade brasileira, que tendem para a diferenciação, o individualismo e a distinção, contrários à solidariedade e à coletividade (PAIM, 2018).

Além disso, o SUS também sofre resistências de profissionais de saúde, cujos interesses não foram contemplados pelas políticas de gestão do trabalho e de educação em saúde, além de oposição da mídia e interesses econômicos e financeiros ligados a operadoras de planos de saúde, empresas de publicidade e indústrias farmacêuticas e de equipamentos médico-hospitalares (PAIM, 2018).

Corroborando, o predomínio da doutrina neoliberal, justamente no período da implantação do SUS, representou um sério obstáculo para o desenvolvimento do sistema universal de saúde. Apesar de a Constituição declarar a saúde como “direito de todos e dever do Estado”, o Estado brasileiro, através dos poderes legislativo, judiciário e executivo, não tem assegurado as condições objetivas para a sustentabilidade econômica, científica e tecnológica do SUS (PAIM, 2018).

Desafios como a falta de profissionalização, o uso clientelista e partidário de estabelecimentos públicos, o número excessivo de cargos de confiança, a burocratização das decisões e a má gestão administrativa são fatores que implicam diretamente na desvalorização dos trabalhadores de saúde, através das terceirizações e da precarização do trabalho (PAIM, 2018).

Durante muito tempo, o subfinanciamento crônico foi identificado como um dos maiores obstáculos para o SUS. Medidas como a EC29/2000 foram utilizadas para contornar a problemática, mas não foram capazes de alterar a estrutura do financiamento, permanecendo o gasto público, como percentagem do Produto Interno Bruto destinado à saúde, inferior a proporção do gasto privado (MELO, 2017).

Com recursos considerados insuficientes, o SUS enfrenta problemas na manutenção da rede de serviços e na remuneração dos profissionais de saúde, o que limita os investimentos para a ampliação da infraestrutura pública, reforçando a ideologia da privatização. A literatura nos traz a existência do chamado boicote passivo, através do subfinanciamento público, e o fortalecimento do boicote ativo, evidenciado quando o Estado é responsável por premiar, reconhecer e privilegiar o setor privado com subsídios, desonerações e subregulação (PAIM, 2018).

Esta problemática é responsável por negligenciar a articulação público-privada, estando os interesses privados predominantes nos 30 anos de existência do SUS, reforçando, mais uma vez, a privatização da saúde. Fatores como a venda de empresas e a dominância financeira dos planos e seguros de saúde, que aprofundam a intermediação entre prestadores e consumidores, criam novas relações entre aparelhos do Estado e capital financeiro, sendo esta determinação econômica a maior ameaça à consolidação do Sistema Único de Saúde (PAIM, 2018).

A complexa relação público-privada na prestação de serviços de saúde no país é um desafio fundamental ao longo da trajetória do SUS, pois a mesma se fundamenta no histórico apoio público a expansão dos serviços privados (GERSCHMAN, 2004), reafirma-se na própria estruturação do Sistema e se caracteriza pela interdependência. Se a garantia de acesso aos serviços de saúde passa pela necessidade de contratar serviços privados, muitos destes serviços dependem de maneira significativa dos recursos públicos para sua manutenção e expansão (VIACAVA et al., 2018).

O Instituto de Pesquisas DATA FOLHA, a pedido do Conselho Federal de Medicina (CFM), realizou uma pesquisa sobre a opinião dos brasileiros sobre o serviço público de saúde, com 2.418 participantes, maiores de 16 anos, no ano de 2015. Foi possível concluir que 93% dos entrevistados classificaram o serviço público e privado de saúde como péssimos, ruins ou regulares. Entre os usuários do Sistema Único de Saúde, 87% dos entrevistados declararam insatisfação com os serviços oferecidos. O levantamento apontou que, nos últimos dois anos, 92%

da população brasileira buscou atendimento no SUS, e 89% da população conseguiu ser atendida pelo sistema público (DATA FOLHA, 2015).

Outro ponto destacado pelos entrevistados foi o tempo de espera para o atendimento no SUS. Das pessoas ouvidas, 725 (30%) disseram estar esperando a marcação ou realização de algum serviço no Sistema Único de Saúde ou alegaram ter alguém da família nessa situação. Destes, 725, 24% disseram que estão na fila de espera há até um mês; 47% disseram que aguardam o atendimento há entre um e seis meses; e 29%, que aguardam na fila do SUS há mais de seis meses – algo em torno de 210 pessoas (DATA FOLHA, 2015).

Segundo a pesquisa, as maiores taxas de pessoas que aguardam na fila do SUS estão entre as mulheres de 25 a 55 anos, de classes sociais mais baixas, residentes em regiões metropolitanas e no Sudeste do Brasil (DATA FOLHA, 2015).

Em relação aos serviços oferecidos pelo SUS, 33% dos entrevistados consideram o acesso às cirurgias "muito difícil". Em seguida, estão procedimentos específicos como quimioterapia e hemodiálise (23%), o serviço de atendimento em casa – conhecido como "home care" (21%) – e internações hospitalares (20%) (DATA FOLHA, 2015).

Já os serviços considerados de mais fácil acesso são a distribuição de remédios gratuitos pela rede pública – 53% consideram “fácil” – e o atendimento em postos de saúde (47%).

Para os entrevistados que disseram ter utilizado algum serviço do SUS, 26% consideram a qualidade do atendimento como “ruim” ou “péssimo”; 44% avaliam como “regular”; e 30% considera a qualidade “boa” ou “excelente” (DATA FOLHA, 2015), o que demonstrou a insatisfação da população com o serviço público de saúde, corroborando a necessidade do debate sobre as melhorias necessárias no Sistema Único de Saúde.

Em relação ao servidor público, tem-se que o prazer e a satisfação dos trabalhadores estão ligados à motivação existente no órgão público. Há muitas teorias referentes à motivação do indivíduo, definidas por fatores que se relacionam e provocam a desmotivação de um colaborador. A problemática é séria para os órgãos públicos, pois embora sejam prestadores de serviços à sociedade, as formas de se incrementar o nível de motivação dos servidores ainda são desconhecidas pela maioria deles (TAMAYO; PASCHOAL, 2003).

Motivação é um processo de estímulo que escolhe os atos que levam a alcançar os objetivos traçados. Cada organização segue um parâmetro dentro dos diversos tipos de motivação, fundamentado no que considera ser mais viável (CHIAVENATO, 2010). O comportamento humano sempre tem algum tipo de incentivo, que passa por um estímulo

denominado motivação, palavra que procede do latim *motivus*, que, traduzida, significa mover (MAXIMIANO, 2011).

É notável que a organização pública possui características muito distintas das características das organizações privadas, além de apresentarem diferentes níveis de motivação (VIEIRA et al., 2011).

Motivação é ter motivos para trabalhar bem, dedicando-se a algo que se faz para obter melhores resultados. Um bom administrador público busca motivar e valorizar os servidores, a fim de que colaborem para o bom funcionamento do serviço. Para isso, o trabalhador deve se sentir motivado, inserido em um ambiente de trabalho favorável. Entretanto, na maioria dos casos, os servidores públicos sentem que realizar suas atividades é uma obrigação, devido à falta de reconhecimento, condições físicas no ambiente de trabalho e falta de materiais específicos (SANTOS, 2007).

Estes fatores devem ser analisados com atenção, pois a motivação organizacional pode variar bastante. Estar vinculado a um órgão público com cargo efetivo traz uma segurança ao indivíduo, a certeza de que não perderá o emprego por razões comuns. Contudo, sem inovações, ele se acomoda, e a motivação para trabalhar vai sendo esquecida, pois se sente confortável na rotina pouco produtiva e de reduzida cobrança (FALCÃO et al., 2018), como evidenciado na fala de E21.

Diante do exposto sobre as particularidades do serviço público e suas diferenças para o sistema privado, entende-se o quão relevante e complexa é a discussão sobre o tema, que demonstra inúmeras influências para os trabalhadores, para a organização do trabalho e para os pacientes do serviço público, reforçando a importância do debate desta temática na atualidade.

A improvisação no ambiente laboral foi responsável por 2,09% das UR encontradas e evidencia uma importante consequência para os trabalhadores, para usuários e para a própria organização do trabalho. As falas a seguir descrevem os achados:

[...] às vezes eu preciso passar uma sonda, eu não consigo enxergar o óstio da uretra porque não tem luz, e aí eu preciso usar a lanterna do celular, o que é altamente constrangedor para o paciente, porque ele não sabe se eu estou filmando, se eu estou tirando foto, é muito constrangedor sabe? [E18].

Você precisa de materiais, de roupas, de materiais, de EPI para se proteger e proteger o paciente, mas muitas vezes não tem em quantidade e em qualidade adequada. Então, a gente dispõe de muito tempo tentando dispor disso para realizar um procedimento. Ou seja, improvisar alguma coisa para amenizar os riscos, tanto para o paciente quanto para gente. Isso é sofrido! [E19].

A necessidade de realizar adaptações e improvisações em materiais e equipamentos é oriunda, quase sempre, de um cenário de precariedade que vem se tornando cada vez mais presente no serviço de saúde pública. A partir da incorporação de preceitos neoliberais, dentre os quais, destaca-se a pressão pela adoção do “Estado Mínimo”, tem-se como consequência o enxugamento da máquina pública, que recebe cada vez menos repasses de verba (GONÇALVES et al., 2013).

Nesta perspectiva, deve-se considerar a face positiva deste fenômeno, pois revela o compromisso com o cuidar e a criatividade do trabalhador frente às adversidades, podendo até culminar na criação de novas tecnologias e patentes dentro da profissão. Todavia, em contraponto, a frequência abusiva pode gerar sensações como a obrigatoriedade da improvisação, podendo a liberdade de ação do profissional e gerando sofrimento físico e psicológico (CUNHA et al., 2016).

No entanto, as adaptações e as improvisações nem sempre se caracterizam como criações viáveis à execução do trabalho, pois fatores como o custo econômico e os princípios científicos dos procedimentos realizados devem ser considerados. Portanto, apesar de garantir a continuidade da assistência, submeter-se a improvisar e adaptar devido a uma organização do trabalho que não provê insumos adequados para o cotidiano laboral e utilizando as criações em situações de urgência e necessidade pode ser prejudicial à saúde dos trabalhadores e à qualidade da assistência ao paciente (CUNHA et al., 2016).

Em relação ao conceito de sofrimento ético, abordado pela Psicodinâmica do Trabalho, por conta das adaptações e improvisações realizados no ambiente laboral, tem-se que o mesmo pode ser semelhante ao conceito de sofrimento moral (DEJOURS, 1999).

Tal fenômeno ocorre quando o sujeito não concorda com a execução de uma tarefa, e, apesar de condená-la moralmente, mesmo assim a realiza. O mesmo pode ser observado na fala de E18, que, submetido às consequências das organização do trabalho, vê-se realizando práticas que se opõem ou negam seus valores e crenças pessoais, tendo em vista que esta configuração não proporciona espaço para reflexões ou apontamentos sobre este sofrimento, perpetuando a ação negativa sobre a saúde do trabalhador (DEJOURS, 2006).

Reforça-se que o serviço público de saúde, por sofrer o processo de precarização das condições laborais devido aos cortes orçamentários advindos de uma política neoliberal, tem como consequência o comprometimento do processo de trabalho, submetendo os trabalhadores ao processo de adaptação e improvisação de materiais e equipamentos para a continuidade do processo assistencial. Esta situação de trabalho gera aumento no ritmo laboral, aumento do esforço

físico, além de sentimentos como raiva, estresse, angústia, desmotivação e ansiedade (CUNHA, 2010).

Portanto, conhecer as características da organização do trabalho no atual contexto político, social e econômico, buscando debater os conflitos e equívocos encontrados no cotidiano laboral e suas repercussões para profissionais e pacientes se mostra pertinente, pois nos aproxima da dinâmica plural que envolve o mundo do trabalho, bem como levanta questionamentos atuais e relevantes acerca da saúde do trabalhador e da segurança do paciente.

3.3 3ª Categoria: Impactos na saúde e subjetividade dos enfermeiros decorrentes da organização e das condições de trabalho

Nesta categoria, buscou-se descrever e discutir os impactos na subjetividade dos enfermeiros decorrentes da configuração da organização do trabalho. Esta categoria possui um total de 110 UR, representando 7,95% do total de unidades de registro captadas, sendo esta a menor categoria deste estudo.

Cabe salientar que tal categoria apresentou um número pouco expressivo de UR em termos percentuais, se comparada com a representatividade das demais categorias. Contudo foi capaz de elucidar a repercussão do trabalho na subjetividade dos profissionais, aspecto este relevante para o alcance do segundo objetivo.

No contexto descrito na categoria anterior, a precarização e as condições inadequadas de trabalho caracterizaram um ambiente laboral cercado de carências institucionais, como a falta de recursos humanos, materiais, de equipamentos, entre outros, responsáveis por influenciar negativamente a subjetividade dos profissionais entrevistados.

Apesar deste panorama, o comprometimento profissional com a qualidade da assistência, mesmo diante do cenário adverso, foi retratado pela maioria dos participantes nesta categoria (3,23%), porém também destacando as repercussões negativas desta situação na subjetividade e na saúde. Os depoimentos corroboram essa análise:

[...] e a gente da enfermagem sobrevive a isso fazendo o melhor que a gente pode dentro dessas condições que a gente tem, enfrentando todas essas adversidades. Mas, é muito difícil você brigar pelo paciente e manter sua saúde física e mental. [E6].

[...] e o que que eu vou fazer? A gente lida com vidas, a gente tem que tentar tudo que está ao nosso alcance para garantir o mínimo indispensável para a assistência, e eu tento, mas isso é cansativo e estressante. [E11].

Eu não posso iniciar um serviço com um técnico na UTI, um na admissão e um na pós de angioplastia. Se não tiver remanejamento, não começo o serviço da hemodinâmica. Eu não posso ser negligente. Assim, eu vou brigar por um remanejamento e um dimensionamento correto de pessoal. Essa luta por garantir o mínimo me desgasta, fico tenso. [E14].

De acordo com o Conselho Federal de Enfermagem, “a enfermagem compreende um componente próprio de conhecimentos científicos e técnicos, construído e reproduzido por um conjunto de práticas sociais, éticas e políticas que se processa através do ensino, pesquisa e assistência” (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2007, p.1), assumindo compromisso com a saúde e a qualidade de vida da pessoa, da família e da coletividade, atuando na prevenção, promoção e recuperação da saúde.

A prática profissional de enfermagem é regulada por leis, códigos, normas e resoluções que são fundamentados em princípios éticos, não sendo cabível desassociar o cuidado, pautado na ciência e na arte, da mesma. Desta forma, entende-se que a proteção dos direitos dos pacientes, sua integridade e segurança integram o conjunto de responsabilidades do enfermeiro e de sua equipe (ARAÚJO; FERREIRA, 2011).

A literatura ressalta que uma grande preocupação no que se diz respeito aos riscos inerentes à assistência de enfermagem em UTI está relacionada à incidência de erros na prática assistencial, sendo visto como algo que compromete a dignidade e a integridade humana, o que não está em consonância com os princípios éticos da profissão (LOPES et al., 2012; MINUZZI et al., 2016).

Sabe-se que a falta de insumos e o dimensionamento correto de profissionais, que minimizam cargas de trabalho exaustivas, são fatores diretamente relacionados à ocorrência de danos ao paciente (SZURLAN; GLERIANO; JUSTI, 2015). Ressalta-se ainda a relação direta e crítica que existe entre as condições de trabalho inadequadas dos participantes e a segurança do paciente, evidenciando a não conformidade com os princípios bioéticos da profissão pelo preceito da não maleficência (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2007).

No âmbito da segurança do paciente e sua relação de compromisso ético e profissional, o Ministério da Saúde lançou o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), que tem como objetivo principal qualificar o cuidado em saúde. Esse programa faz

alusão à Cultura de Segurança do Paciente, na qual todos os trabalhadores de saúde devem assumir reponsabilidade com a sua própria segurança, a dos colegas, pacientes e familiares, e que, a partir da ocorrência de incidentes, seja promovido o aprendizado dos profissionais, além de proporcionar recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança (BRASIL, 2013; BRASIL, 2014).

Neste contexto, diante de um cenário de choque entre as condições de trabalho reais e o trabalho prescrito pautado no compromisso profissional com a qualidade da assistência, cuja organização laboral deve garantir os meios para execução das atividades, são gerados conflitos que são motivados por reações subjetivas, podendo repercutir em saúde ou doença, em prazer ou sofrimento (CUNHA et al., 2016).

Em relação à dimensão subjetiva no ambiente laboral, a temática prazer no trabalho totalizou 1,01% das UR encontradas, e foi identificada nos depoimentos a seguir:

Mas com tudo isso, eu gosto muito do que eu faço, então para mim é tranquilo, pois adoro cuidar dos pacientes. [E4].

[...] a gente trabalha bastante, mas eu gosto por me sinto útil porque o cuidado sempre me deu prazer. [E12].

Como na minha vida profissional, eu tenho 24 anos que trabalho na enfermagem e eu nunca trabalhei com adulto, o que me deixa feliz é trabalhar com criança. [E13].

A satisfação dos profissionais é um importante indicador que tem sido valorizado na avaliação dos serviços por apresentar relação direta com a qualidade da assistência, a melhoria das relações interpessoais e a maior adequação no uso do serviço (MACHADO et al., 2014).

O prazer no trabalho é definido como a somatória de sentimentos favoráveis que os trabalhadores têm em relação ao mesmo, e, quanto maiores forem os fatores geradores de satisfação, tanto maior poderá ser a qualidade da produtividade desses trabalhadores, proporcionando uma assistência qualificada ao usuário, à família e à comunidade (NUNES et al., 2012). Entre as teorias que abordam o prazer no trabalho, de forma direta ou associada a outros fenômenos, está a Psicodinâmica do Trabalho (DEJOURS, 2011), que contempla as relações entre satisfação no trabalho e saúde, em que a satisfação laboral está relacionada à vivência de prazer (DEJOURS, 2015).

Infere-se que características organizacionais como boa comunicação, boas relações no ambiente de trabalho, além do sentimento de utilidade, de ter pertinência com o objeto do seu

trabalho, interferem positivamente no desempenho dos profissionais de enfermagem e nos resultados da assistência oferecida aos pacientes, além de resultar em prazer que protege a subjetividade dos trabalhadores (MCHUGH et al., 2013; YOU et al., 2013).

Em relação ao ambiente laboral, entende-se que o prazer no trabalho interfere de forma significativa na produtividade do trabalhador, no que se refere à integração, à autonomia, à motivação, ao envolvimento e à utilização das capacidades físicas e mentais. Em contrapartida, os níveis crescentes de sofrimento, resulta em baixa concentração e atenção dos trabalhadores, conflitos no coletivo profissional, presenteísmo, estresse ocupacional, burnout, entre outros, comprometendo a segurança dos pacientes e a saúde dos trabalhadores (FONSECA, 2014).

Portanto, ratifica-se que investir em fatores que promovam o ambiente favorável para realização das práticas assistenciais dos profissionais, considerando aspectos relacionais e de autonomia, aspectos estruturais de participação da enfermagem no controle das práticas, tomadas de decisões, gerenciamento e suporte organizacional para o trabalho é fundamental para promover o prazer no e pelo trabalho (OLIVEIRA et al., 2017).

Para a Psicodinâmica do Trabalho, o prazer é um princípio mobilizador da dinâmica que emerge dos contextos de trabalho, podendo ser resultado das boas relações no ambiente laboral (DEJOURS, 2015). Suas fontes podem resultar da satisfação por executar uma tarefa; da qualidade nas relações interpessoais, da configuração da organização do trabalho e do resultado de vivências consideradas positivas pelos indivíduos em seu exercício profissional. O prazer assume formas diferenciadas, sendo transitório e difícil de ser mensurado e nominado (DEJOURS et al., 2018), caracterizando-se como mais do que um objeto em si, pois não emerge isoladamente, configura-se em associação constante como o sofrimento, determinando a dinâmica sofrimento-prazer (DEJOURS, 2015).

Em contraponto, o sofrimento no ambiente laboral foi responsável por 1,81% das UR identificadas nos depoimentos, sobrepondo-se percentualmente ao quantitativo de profissionais que referiram o sentimento de prazer com sua atividade laboral.

É extremamente estressante pela condição física do local, pela falta de material, pela falta de equipamento que esteja em condições de uso, é muito estressante, [...] isso deixa a pessoa cada dia mais nervosa. [E7].

[...] eu vivi momentos de pânico, por conta de uma chefia que era opressora e que perseguia. Foram cinco anos de muito sofrimento no trabalho. Eu cheguei a desenvolver síndrome do pânico. [E13].

A gente se desgasta muito mais do que se desgastaria se tivesse material. Porque não tendo material, a gente vai de um lado para o outro para conseguir esse material. Além disso, o tipo de paciente na UTI é aquele que está em risco de morte ou em situação limite, então, você fica tensa. Inegavelmente tem o desgaste psicológico, emocional. [E18].

Você sai daqui com um peso de 200 kg nas costas [...] e a sensação é que você realmente não cumpriu o seu plantão como deveria, porque você sabe que se tivesse material e pessoal adequados, se você tivesse uma chefia mais participativa, a situação não seria desgastante. [E19].

As exigências impostas pela complexidade do cuidado nas unidades de terapia intensiva podem superar o limite do profissional, induzindo-o ao estresse prolongado que, em certas condições, fazem emergir sofrimentos e desgastes no ambiente laboral, implicando, assim, o surgimento de doenças, nas quais os comportamentos adaptativos psicológicos como mecanismo de enfrentamento não se mostram eficazes (SILVA et al., 2015). E tal característica da assistência numa UTI, acrescida ao contexto adverso de trabalho, foi mencionada pelo participante E18 como fonte de desgaste, subentendido como um sofrimento psíquico que atinge a subjetividade deste trabalhador.

O sofrimento no trabalho pode atuar como mobilizador para mudanças ou ser um fator de adoecimento. É por meio dele que as pessoas reelaboram e ressignificam suas vivências subjetivas (ABDOUCHELI; JAYET, 2015; DEJOURS, 2011; DEJOURS; DEJOURS et al., 2018). Salienta-se que o sofrimento é difícil de ser mensurado, pois é vivido integralmente na experiência interior de cada indivíduo (DEJOURS, 2015). Ele pode ser causado pelo medo, pela frustração, pela impotência em relação à dificuldade de transformar o ambiente laboral segundo as expectativas e desejos do sujeito em confronto com a configuração da organização do trabalho (DEJOURS et al., 2018).

Dependendo da vivência contínua do sofrimento no trabalho, impossibilitando a transformação do sofrimento em prazer, este repercute negativamente na saúde dos trabalhadores e, por sua vez, na qualidade da atividade laboral desenvolvida. Assim, pode-se destacar que o sofrimento contínuo, crônico, resulta em absenteísmo, presenteísmo, assédio moral, conflitos e tensionamentos intra e extra equipe, adoecimentos, gerando um contexto prejudicial no trabalho e para os indivíduos (DEJOUR, 2015).

A organização do trabalho é responsável por predispor os trabalhadores a relações de conflito oriundos de fatores como aumento da competitividade, aumento da rivalidade e ocorrência de conflitos interpessoais pela precarização e degradação das relações de trabalho, gerando, assim, adoecimento e sofrimento ao trabalhador (JESUS et al., 2016), como relatado

pelo participante E13 e sua relação conflituosa com a chefia, que demonstra um perfil insensível e autoritário comum ao contexto vigente.

Na perspectiva das repercussões geradas pela organização do trabalho para a saúde do trabalhador, evidenciou-se o sentimento de impotência dos profissionais diante das adversidades, identificado sob percentual de 0,87% das UR:

O sentimento é de impotência, porque você deixou muitas coisas por fazer, não porque não queira fazer, mas porque as coisas fogem da sua alçada. E a gente não pode com dois braços, se virar em polvo com dez braços e dar conta, por exemplo, de várias demandas. [E19].

[...] porque você fica de mãos atadas e não consegue desenvolver o seu trabalho da forma que deveria. E essa situação resulta em impotência, frustração, desgaste mental e físico, entre outras coisas que não são boas. [E20].

O sentimento de impotência diante das condições adversas no cenário de trabalho em terapia intensiva está relacionado predominantemente à organização do trabalho, pois tal contexto não oferece condições materiais para desenvolver uma assistência de forma digna, gerando desgaste e prejudicando a eficiência e a qualidade do serviço de saúde.

Diante deste contexto de variabilidade entre o trabalho prescrito e o trabalho real, ao vivenciar o fracasso de suas habilidades, conhecimentos e saber técnico diante das situações que fogem ao esperado, restringir-se ao que é prescrito se torna insuficiente, e, mantendo essa postura, o trabalhador e sua produção estariam destinados ao colapso (DEJOURS, 2012).

Diante da iminência desse colapso, o trabalhador deve se mostrar capaz de pensar sobre o que poderia ser acrescentado a suas prescrições e a si mesmo, a fim de alcançar os objetivos esperados. Tal compreensão se torna possível quando o trabalhador sente o seu trabalho e se confronta com a realidade. Nesse processo, de acordo com o autor, o trabalhador vivencia o sofrimento decorrente de seu fracasso frente ao distanciamento entre o trabalho prescrito e o real, desencadeando, então, a mobilização de sua inteligência rumo à criação do seu próprio modo operatório como solução para as situações difíceis no trabalho (DEJOURS, 2016).

No âmbito do sofrimento laboral, com as transformações que o mundo do trabalho vem sofrendo com a vigência do modelo neoliberal, já descritas nesta pesquisa, repercussões negativas como a redução ou fim dos direitos trabalhistas, a multifuncionalidade dos trabalhadores e a polivalência, o aumento do ritmo laboral e a intensificação do trabalho, têm

gerado influências negativas para os trabalhadores, configurando situações de tensão e conflitos no ambiente laboral (BRASIL, 2010; GONÇALVES, 2014).

Diante do exposto, recomenda-se que as instituições hospitalares implantem ações de melhorias nas condições de trabalho e da comunicação nos ambientes, favorecendo o exercício da autonomia, a tomada de decisão, a gestão participativa, a qualidade do cuidado oferecido aos pacientes e a satisfação dos trabalhadores (DALMOLIN et al., 2014).

Portanto, como estratégias para minimizar a vivência do sofrimento no trabalho, a literatura ratifica que o profissional deve ser agente ativo de mudança, tornando-se capaz de compreender os seus limites de trabalho na UTI. O profissional de enfermagem necessita iniciar a mudança, tornando-se mais saudável e capaz de compreender seus limites de trabalho na UTI. Com isso, nota-se a importância de compreender e modificar as condutas voltadas à saúde do trabalhador, enfatizando a prevenção de doenças, a fim de minimizar o sofrimento no ambiente de trabalho, contribuindo para o aumento da qualidade de vida deste profissional, otimizando o processo de trabalho e garantindo melhora na oferta da assistência (SANTOS; SANTOS; DE LIMA, 2018).

É interessante perceber que, mesmo diante das adversidades e particularidades do serviço público, a maioria dos entrevistados corrobora em seus depoimentos o comprometimento profissional na garantia da promoção da saúde e na qualidade da assistência, pautada nos princípios éticos da profissão. Estes dados reforçam o papel da enfermagem como uma profissão que se fortalece diante do compromisso social com a população, propagando o cuidado como um ideal moral e ético.

Diante da configuração atual do mundo do trabalho, os enfermeiros vivenciam um distanciamento entre o trabalho prescrito, que se almeja exercer, a fim de assegurar a continuidade e segurança na assistência; e o trabalho real, com falhas na gestão de pessoas, materiais, equipamentos e outros insumos, desencadeando sofrimento laboral e adoecimento dos profissionais.

A análise desta categoria desvela a relevância da análise das condições e da organização do trabalho no cenário de atuação do enfermeiro de terapia intensiva, especificamente, no contexto da saúde pública, incentivando a valorização da temática da saúde do trabalhador nas instituições hospitalares.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A trajetória percorrida nesta pesquisa buscou investigar particularidades sobre a percepção dos enfermeiros em relação à configuração da organização e das condições de trabalho das UTI, analisando a influência das mesmas para a segurança do paciente crítico, buscando conhecer as vivências do cotidiano laboral destes trabalhadores e seus impactos para a saúde dos mesmos. Neste contexto, algumas inferências podem ser feitas com base na análise dos dados captados.

Com o processo de globalização e a expansão do capitalismo, o modelo neoliberal ganhou força com mudanças políticas e econômicas importantes, como o aumento das privatizações, o crescimento da flexibilização, da terceirização e do poder do Estado. No mundo do trabalho, o neoliberalismo, comandado pela lógica do capital financeiro, também trouxe repercussões como o ataque contínuo à legislação trabalhista, gerou flexibilização da jornada de trabalho, dos contratos e dos salários, a ameaça a estabilidade do servidor público, o ataque aos sindicatos, a polivalência e a multifuncionalidade do trabalhador e a intensificação da carga de trabalho, impactando negativamente o trabalhador e, por sua vez, o desenvolvimento de suas atividades laborais.

Portanto, no âmbito do setor saúde, o trabalhador de enfermagem também evidencia e sofre consequências diretas, como o desmonte do Sistema Único de Saúde, influenciando, assim, a organização e o processo de trabalho destes profissionais.

Especificamente aliado a este panorama, o Estado do Rio de Janeiro apresenta um cenário de crise fiscal, com restrições orçamentárias que limitam o potencial das estruturas, a ineficácia da gestão em saúde, a queda na arrecadação, a falta de transparência das contas públicas, o aumento do endividamento estadual e a redução de investimentos na saúde, criando um cenário de consternação para usuários e profissionais do sistema.

No decorrer do estudo, os resultados evidenciaram que os enfermeiros na terapia intensiva estão submetidos a condições de trabalho inadequadas, déficit de profissionais, falta e/ou escassez quantitativa e qualitativa de materiais e medicamentos, inadequação de equipamentos hospitalares por falta de manutenção preventiva ou porque são obsoletos. Estas consequências resultam em grande medida pela incorporação do ideário neoliberal ao Estado, resultando, assim, no enxugamento da máquina pública onde se verifica o repasse de verbas

cada vez menor para os serviços e a desobrigação com a manutenção de políticas públicas e garantia de promoção da saúde à população. Desse modo, destaca-se que esta problemática foi citada de forma homogênea pelos participantes, evidenciando a gravidade da crise financeira e política que atinge o Rio de Janeiro, capaz de influenciar diretamente a organização do trabalho e a qualidade da assistência intensiva, comprometendo a segurança do usuário.

Vinculados a esta realidade, os resultados também apontaram as características da organização do trabalho dos enfermeiros responsáveis por gerar repercussões negativas no processo de trabalho e na segurança dos pacientes.

Temas como a alta carga de trabalho a que são submetidos os trabalhadores na terapia intensiva, o perfil hierárquico e pouco flexível da administração e do gerenciamento do serviço e a presença de fenômenos como as adaptações e improvisações diante das dificuldades e carências institucionais emergiram do conteúdo das entrevistas, reforçando a influência neoliberal sobre a dinâmica do trabalho dos enfermeiros.

Este estudo também constatou os impactos desta realidade na dimensão subjetiva dos enfermeiros e suas repercussões na saúde dos trabalhadores. Através dos relatos das vivências do cotidiano laboral destes enfermeiros, aspectos como o comprometimento profissional, mesmo diante das dificuldades e particularidades do serviço público, e sentimentos negativos, como impotência, frustração, angústia e tensão diante das adversidades do cenário, responsáveis por gerar repercussões para a saúde mental deste trabalhador, possibilitaram discutir a dialética do prazer e sofrimento no trabalho, fundamentada na Psicodinâmica do Trabalho, de Dejours.

Verificou-se que existe a necessidade de uma organização de trabalho mais flexível, responsável por valorizar a dimensão subjetiva do trabalhador, fortalecendo desta forma a valorização da saúde do trabalhador.

Foi possível constatar que há uma relação direta do cenário precarizado com os riscos à segurança do paciente crítico, pois o usuário submetido à escassez de materiais e medicamentos, equipamentos precários e reduzido número de profissionais sofre as consequências de uma assistência com pouca infraestrutura para garantir segurança no cuidado.

Esta pesquisa pretendeu destacar a importância da temática da gestão eficaz em saúde, pois, sendo dever do Estado a garantia da saúde pública, mostra-se relevante a prioridade orçamentária para as instituições públicas de saúde no Rio de Janeiro. Carências institucionais

de recursos humanos e insumos no serviço de saúde devem ser solucionadas, pois são responsáveis pela sobrecarga e sofrimento dos profissionais de saúde, que vivenciam condições de trabalho repletas de variabilidades e imprevisibilidades, bem como pelos aumentos dos riscos à segurança dos pacientes na terapia intensiva.

Infere-se a necessidade de reflexões e discussões que instiguem o desenvolvimento de novas pesquisas a respeito desta temática, para que se estimulem e fomentem ambientes laborais menos adversos e instáveis diante do cenário político e econômico atual no Estado do Rio de Janeiro, propondo a valorização da saúde do trabalhador; e que sejam capazes de incentivar a cultura da segurança do paciente nas instituições hospitalares, garantindo a qualidade na assistência nas unidades de terapia intensiva.

REFERÊNCIAS

ABADIA-BARRERO, C. et al. Neoliberalismo en salud: la tortura de trabajadoras y trabajadores del Instituto Materno Infantil de Bogotá. **Rev Salud Pública**, v. 14, n. 1, p. 18-31, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v14s1/v14s1a03.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2018.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **Assistência Segura: uma reflexão teórica aplicada à prática**. Brasília, DF, 2013a. (Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde).

_____. **Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática**. Brasília, DF, 2013c.

_____. **Medidas de prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde**. Brasília, DF, 2017a. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+4+-+Medidas+de+Preven%3%A7%C3%A3o+de+Infec%3%A7%C3%A3o+Relacionada+%C3%A0+Assist%3AAncia+%C3%A0+Sa%3BAde/a3f23dfb-2c54-4e64-881c-fccf9220c373>>. Acesso em: 01 ago. 2018.

_____. **Medidas de prevenção e controle de infecções por enterobactérias multirresistentes**. Brasília, DF, 2013b. (Nota Técnica ANVISA nº 01/2013.). Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271858/Nota+t%C3%A9cnica+n%C2%BA+01+de+2013/5be89853-7eca-4b4b-98e4-5096b9f5a2ec>>. Acesso em: 01 ago. 2018.

_____. **Rede Sentinela**. Brasília, DF, 2017b. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/hsentinela/historico.htm>>. Acesso em: 03 de janeiro de 2017>. Acesso em: 03 ago. 2018.

_____. Resolução nº 2, de 25 de janeiro de 2010. **Dispõe sobre o gerenciamento de tecnologias em saúde em estabelecimentos de saúde**. Brasília, DF, 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0002_25_01_2010.html>. Acesso em: 16 ago. 2019.

_____. Resolução RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2012. **Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde**. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2002/res0050_21_02_2002.html>. Acesso em: 18 jul 2018.

AIKEN, L. H. et al. Nurse Staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. **Lancet**, v. 383, n. 9931, p. 1824-1830, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24581683>>. Acesso em: 24 ago. 2019.

ALVES, G. **A disputa pelo intangível: estratégias gerenciais do capital na era da globalização**. In: Riqueza e miséria do trabalho no Brasil III. São Paulo: Boitempo, p.55-72, 2014.

ALVES, S. M. P. et al. A flexibilização das relações de trabalho na saúde: a realidade de um Hospital Universitário Federal. **Ciênc. Saúde coletiva**, v. 20, n.10, p.3043-3050, 2015. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152010.11592014>>. Acesso em: 02 ago. 2018.

AMERICAN ASSOCIATION OF CRITICAL CARE NURSES (AACN). AACN standards for establishing and sustaining healthy work environments: a journey to excellence. **American Journal critical care**, v. 14, n. 3, p. 187 – 197, 2005. Disponível em: <<http://ajcc.aacnjournals.org/content//14/3/187.long>>. Acesso em: 20 jul. 2018.

AMORIM, A.S; PINTO JUNIOR, V.L.; SHIMIZU, H.E. O desafio da gestão de equipamentos médico-hospitalares no Sistema Único de Saúde. **Saúde debate**, v.39, n. 105, p. 350-362. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000200350. Acesso em 22 set. 2019.

ANDOLHE, R.et al. Estresse, coping e burnout da Equipe de Enfermagem de Unidades de Terapia Intensiva: fatores associados. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49 (esp), p. 58-64, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49nspe/1980-220X-reeusp-49-spe-0058.pdf>>. Acesso em 10 out 2018.

ANDRADE, E. S. M.; OLIVEIRA, R. R. Responsabilidade social governamental: dívida pública, uma ameaça para as futuras gerações do Rio de Janeiro. Centro de Investigação em contabilidade e fiscalidade. **International business and economics review**, n. 8, 2017. Disponível em: <http://recil.grupolusofona.pt/jspui/bitstream/10437/8033/1/IBER2017_5.Euridice_Andrade_Robson_Oliveira.pdf>. Acesso em: 5 ago. 2018.

ANTUNES, R. **O caracol e sua concha: ensaios sobre a nova morfologia do trabalho**. São Paulo: Boitempo, 2005

_____. **Riqueza e Miséria do trabalho no Brasil III**. São Paulo: Boitempo editorial, 2014.

ANTUNES, R; DRUCK, M.G. A Terceirização como regra?. **Revista TST**, Brasília, v. 79, n. 4, 2013. Disponível em: https://juslaboris.tst.jus.br/bitstream/handle/20.500.12178/55995/011_antunes_druck.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em 02.dez.2019.

ARAUJO, F.; FERREIRA, M.A. Márcia de Assunção. Representações sociais sobre humanização do cuidado: implicações éticas e morais. **Rev. bras. Enferm**, v. 64, n. 2, p. 287-293. 2011. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000200011&lng=en >. Acesso em 25 ago. 2019.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS (Brasil). **Observatório ANAHP**. São Paulo, 7 ed. 2015. Disponível em: <<http://publicbrasil.com.br/jornaldosindhosp/jul/Anahp2015.pdf>>. Acesso em: 16 ago. 2019.

BARBOSA, F.F. As Contradições do Estado e da Dívida Pública no Capitalismo Contemporâneo. **Revista Pesquisa & Debate**, São Paulo, v. 27, n. 2, Dez. 2016. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/rpe/article/viewFile/26453/21851>>. Acesso em: 05 ago. 2018.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 5. ed. Lisboa: Edições 70, 2011.

BASU, S. et al. Comparative Performance of Private and Public Healthcare Systems in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review. **PLoS Med**, v. 9, n. 6, 2012. Disponível em: <<https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001244>>. Acesso em: 3 ago. 2018.

BLANCH-RIBAS, J.M.; CANTERA, L. La nueva gestión pública de universidades y hospitales: Aplicaciones e implicaciones. In: Agulló ET, Álvaro JL, Garrido AL, Medina R, Schweiger IG, editores. **Nuevas formas de organización del trabajo y la empleabilidad**. Universidad de Oviedo, Oviedo, 2011. p. 515-34.

BOHRER, D.C. et al. Comunicação e Cultura de Segurança do Paciente no ambiente hospitalar: Visão da equipe multiprofissional. **Revista de enfermagem UFSM**, v. 6, n.1, p. 50-60, jan./mar. 2016. Disponível em: <<http://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/19260/pdf>>. Acesso em: 03 ago. 2018.

BOMFIM, R.C; SOARES, D.A. Percepção de enfermeiros quanto ao trabalho na unidade de terapia intensiva: uma relação de prazer e sofrimento. **C&D-Revista Eletrônica da Fainor**, Vitória da Conquista, v.4, n.1, p.130-143, 2011. Disponível em: file:///C:/Users/usuario/Downloads/111-793-1-PB%20(1).pdf. Acesso em 1 dez. 2019.

BORGES, A. Os novos horizontes de exploração do trabalho, de precariedade e de desproteção. **Cadernos do CEAS**, Salvador, n. 239, p. 713-741, 2016.

BORGES, F. et al. **Anatomia da privatização neoliberal do Sistema Único de Saúde: o papel das organizações sociais de saúde**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2012.

BORGES, G. F. et al. Endividamento dos Estados Brasileiros após uma década da Lei de Responsabilidade Fiscal: uma análise sobre a ótica da estatística multivariada. **Revista FSA**, Teresina, v. 10, n. 4, p. 20-43, out./dez. 2013.

BRASIL. **Lei nº 13.473, de 8 de agosto de 2017**. Dispõe sobre as diretrizes para a elaboração e execução da Lei Orçamentária de 2018 e dá outras providências. Brasília [2017]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/L13473.htm. Acesso em 20 ago. 2018

BRASIL. Congresso Nacional. Senado Federal. **CCJ aprova demissão de servidor por “insuficiência de desempenho”**. 2017. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2017/10/04/ccj-aprova-demissao-de-servidor-por-insuficiencia-de-desempenho>. Acesso em: 26 nov. 2011.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 10 ago. 2019.

_____. Constituição (1988). Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Legislativo, Brasília, DF, 15 dez. 2016. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm. Acesso em: 5 ago. 2018.

_____. Constituição (1988). Emenda Constitucional nº. 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 14 set. 2000b. Seção 1, p. 1-2. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/20anossus/legislacao/emendaconstitucionaln29.pdf. Acesso em: 10 ago. 2018.

_____. Ministério da Fazenda; Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Lei Complementar nº 101, de 04 de Maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Legislativo, Brasília, DF, 04 mai., 2000a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp101.htm. Acesso em 10 de junho de 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília, DF, 2014. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_segua_nca.pdf. Acesso em: 19 ago. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 529, de 01 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente no Brasil. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 2 abr. 2013. Seção 1, p.43. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013. Acesso em: 21 ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS nº 2.481, de 2 de outubro de 2007. Institui o Sistema de Apoio à Elaboração de Projetos de Investimentos em Saúde – SOMASUS. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2 out. 2007. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt2481_02_10_2007.html>. Acesso em: 15 ago. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS nº 2.510, de 19 de dezembro de 2005. Instituiu comissão interinstitucional para elaboração da Política de Gestão de Tecnologias em Saúde, sob coordenação da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE). **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 19 dez. 2005. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2510_19_12_2005.html>. Acesso em: 16 ago. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Resolução Portaria nº 529, de 01 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2013b virar c. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html>. Acesso: 10 ago. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Política nacional de gestão de tecnologias em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde**. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Seminário Nacional sobre Política de Desprecarização das Relações de Trabalho no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_seminario_desprecarizacao.pdf>. Acesso em: 01 ago. 2018.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. **Dicas sobre a Lei de Responsabilidade Fiscal**. Brasília, DF, 2015. Disponível em: <<http://www.planejamento.gov.br/assuntos/planeja>>. Acesso em: 2 ago. 2018.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. **Assédio moral e sexual no trabalho**. Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego; Assessoria de Comunicação Social do Ministério do Trabalho e Emprego, 2010. Disponível em: <<http://www.sindicatopublicitariosp.com.br/web/download/CARTILHAASSEDIOMORALESEXUAL-web.pdf>>. Acesso em: 27 ago. 2019.

_____. Especial: Conheça a trajetória da candidatura do Rio para os Jogos de 2016. **Gov.br**, [S.l.], 2014a. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/noticias/esporte/2014/08/especial-conheca-a-trajetoria-da-candidatura-do-rio-de-janeiro-para-os-jogos-olimpicos-de-2016>>. Acesso em: 2 ago. 2018.

CALDANA, G. et al. Avaliação da qualidade de cuidados de enfermagem em hospital privado. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 15, n. 9, p. 15-22, 2013.

_____. Rede brasileira de enfermagem e segurança do paciente desafios e perspectivas. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 24, n. 3, p. 906-11, jul – set. 2015.

CALDEIRA, A. A. et al. Sustentabilidade da dívida estadual brasileira: uma análise da relação dívida líquida e resultado primário. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 50, n. 2, p. 285-306, mar./abr. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rap/v50n2/0034-7612-rap-50-02-00285.pdf>>. Acesso em: 03 ago.2018.

CALHEIROS, T. R. S. P.; DOS SANTOS, A. F. S.; DE ALMEIDA, T. G. Atribuições do enfermeiro na gestão da unidade de terapia intensiva. **Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde-UNIT**, Alagoas, v. 5, n. 1, p. 11, 2018. Disponível em: <file:///C:/Users/usuario/Downloads/5448-17542-1-PB.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2019.

CAMELO, S.H.H. et al. Perfil profissional de enfermeiros atuantes em unidades de terapia intensiva de um hospital de ensino. **Rev. Cienc Enferm.**, v.19, n.3, p. 51-62, 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.4067/S0717-95532013000300006>> Acesso em 08 nov. 2018.

CAMPOS, C.J.G. O método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Rev Bras Enferm**. V. 57, n.5, p. 611- 614, 2004. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s003471672004000500019&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em 13 jul 2018.

CAMPOS, D. F.; MARQUES, I. C. P. Custeamento ABC numa organização hospitalar privada: um estudo comparativo do custo de cirurgias eletivas com os valores reembolsados pelos planos de saúde. In: **XXXV Encontro da ANPAD Associação Nacional de Pós-graduação e Pesquisa em Administração**. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <<http://www.anpad.org.br/admin/pdf/GOL650.pdf>>. Acesso em: 14 ago. 2019.

CAMPOS, J. F.; DAVID, H. M. S. L.; SOUZA, N. V. D. O. Prazer e sofrimento: avaliação de enfermeiros intensivistas à luz da psicodinâmica do trabalho. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. v.18, n.1, jan/mar. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n1/1414-8145-ean-18-01-0090.pdf>>. Acesso em: 24 ago. 2019.

CARAM, C.S. et al. Ambiguidades no trabalho da equipe de saúde no contexto de uma unidade de terapia intensiva. **Rev. Sanare**, v.15, n.1, p.15-24, 2016. Disponível em <<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/viewFile/923/552>>. Acesso em 8. nov.2018.

CARLESI, K. C. et al. Patient Safety Incidents and Nursing Workload. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 25, p. 2841, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/pt_0104-1169-rlae-25-e2841.pdf>. Acesso em: 23 ago. 2019.

CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. **Estud. av.**, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 7-26, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142013000200002>. Acesso em: 02 ago. 2018.

CARVALHO, R.E.F.L.; CASSIANI, S.H.B. Cross-cultural adaptation of the Safety Attitudes Questionnaire - Short Form 2006 for Brazil. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v.20, n.3, p. 575-82, mai/ jun. 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000300020>>. Acesso em: 10 ago. 2018.

CENEDÉSI, M.G. et al. Funções desempenhadas pelo enfermeiro em unidade de terapia intensiva. **Rev Rene**, v.13, n.1, p. 92-102. 2012. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3776>>. Acesso em 08 nov. 2018.

CHAVES, L. A. et al. Desabastecimento de medicamentos na literatura científica da saúde: uma revisão narrativa. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n.1, 2019. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v29n1/0103-7331-physis-29-01-e290107.pdf>>. Acesso em: 18 ago. 2019.

CHIAVENATO, I. **Comportamento Organizacional: A Dinâmica do sucesso das organizações**. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

COELHO, F. A. et al. A contribuição da gestão de medicamentos e materiais médico-hospitalares para o resultado financeiro de um hospital público. **Revista da Faculdade Santo Agostinho**, Teresina, v. 10, n. 3, p. 16-35, Jul./Set. 2013. Disponível em: <<file:///C:/Users/usuario/Downloads/208-572-1-PB.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). Resolução COFEN nº 311, de 08 de fevereiro de 2007. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2007. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3112007_4345.html>. Acesso em 2 ago. 2019.

_____. Resolução nº. 146/1992, de 1º de junho de 1992. Normatiza em âmbito nacional a obrigatoriedade de haver enfermeiro em todas as unidades de serviço onde são desenvolvidas ações de enfermagem durante todo o período de funcionamento da instituição de saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1992. Disponível em: <<http://site.portalcofen.gov.br/node/4237>>. Acesso em 06 nov.2018.

_____. Resolução nº. 543/2017. Atualiza e estabelece parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nos serviços/locais em que são realizadas atividades de enfermagem. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2017. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-5432017_51440.html>. Acesso em: 22 ago. 2019.

_____. Decreto nº. 94.406, de 08 de junho de 1987. Regulamenta a Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 1987. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/decreto-n-9440687_4173.html>. Acesso em: 5 nov. 2018.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. **Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília, DF, 12 dez. 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/reso466.pdf>>. Acesso em: 19 jun 2018.

CORRÊA, M. C. D. V.; RODRIGUES, P. H. A.; CAETANO, R. Os medicamentos como uma questão estratégica para a viabilidade do Sistema Único de Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v28n1/0103-7331-physis-28-01-e280101.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2019.

CRUZ, A. F. et al. A gestão fiscal do estado do Rio de Janeiro: uma análise a luz da LRF e da sustentabilidade da dívida no período de 2001 a 2017. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 52, n. 4, p. 764 – 775, jul/ago. 2018.

CUNHA, L.S. **As adaptações e improvisações no trabalho hospitalar e suas implicações na saúde do trabalhador de enfermagem**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) -, Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

CUNHA, L. S. et al. O trabalho hospitalar da enfermagem: dialética presente na prática de adaptar e improvisar. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5. 2016. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v24n5/v24n5a03.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2019.

DATA FOLHA. Instituto de Pesquisa Data Folha. **Opinião dos brasileiros sobre o atendimento público na área da saúde**. São Paulo, set. 2015. Disponível em: <<https://portal.cfm.org.br/images/PDF/datafolhaplanos15.pdf>>. Acesso em: 24 ago. 2019.

DATASUS. Portal da Saúde, 2018. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/regulacao/sisreg>>. Acesso em 12 set 2018.

DAUD-GALLOTTI, R. M. et al. Nursing workload as a risk factor for healthcare associated infections in ICU: a prospective study. **PlosOne**, v. 7, n. 12, 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23300645>>. Acesso em: 25 ago. 2019.

D'ÁVILA, T.B. **Satisfação no trabalho de enfermeiros recém-egressos**. 2012. 91f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <<http://www2.unirio.br/unirio/ccbs/ppgenf/arquivos/dissertacoes-arquivo/dissertacoes-2012/satisfacao-no-trabalho-de-enfermeiros-recem-egressos>>. Acesso em 27 jul 2018.

DALMOLIN, G. L. et al. Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem: quem vivencia maior sofrimento moral? **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 48, n. 3, p. 521-9. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n3/pt_0080-6234-reeusp-48-03-521.pdf>. Acesso em: 28 Ago. 2019.

DECEZARO, A. et al. O Estresse dos Enfermeiros que atuam na Unidade de Terapia Intensiva: uma Revisão de Literatura. **Revista UNINGÁ Review**. v.19, n.2, p.29-32, jul/set. 2014. Disponível em: <https://www.mastereditora.com.br/periodico/20140801_093235.pdf>. Acesso em: 23 ago. 2019.

DEJOURS, C. A centralidade do trabalho para a construção da saúde. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 228-235, maio/ago. 2016. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/119227/116632>>. Acesso em: 27 ago. 2019.

DEJOURS, C. Subjetividade, trabalho e ação. **Revista Produção**, v. 14, n. 3, p. 27-34, set./dez. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010365132004000300004. Acesso em: 26 nov 2019.

_____. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. 6 ed. São Paulo: Cortez, 2015.

_____. Violence ou domination? **Travailler**, v. 3, p. 11-29, 1999. Disponível em: <http://www.comprendre-agir.org/images/fichier-dyn/doc/violence_domination_dejours.pdf>. Acesso em 22 set. 2019.

_____. O trabalho entre sofrimento e prazer. In: Dejours, C. **A banalização da injustiça social**. 7. Ed. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2006. Cap. 2.

_____. A carga psíquica do trabalho. In: Dejours, C., Abdoucheli, E., & Jayet, C. **Psicodinâmica do Trabalho**: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 2011.

_____; DERANTY, J.P; RENAULT, E; SMITH, N. 2018. **The Return of Work in Critical Theory**: self, society, politics. New York: Columbia University Press. Disponível em: <https://trove.nla.gov.au/work/230450275?q&versionId=253871111+255826075>. Acesso em: 27 nov. 2019

_____; MELLO NETO, G. A. R. Psicodinâmica do trabalho e teoria da sedução. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 17, n. 3, p. 363-371, set. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v17n3/a02v17n3.pdf>>. Acesso em: 27 ago. 2019.

DIAS, E. G. Assédio e sofrimento moral dos trabalhadores de enfermagem: uma revisão integrativa da bibliografia. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, v. 15, n. 1, p. 54-65, 2017. Disponível em: <http://periodicos.unincor.br/index.php/revistaunincor/article/view/3114/pdf_616>. Acesso em: 28 ago. 2019.

DOS SANTOS, L.P; BREUNIG, Y.; VIEGAS, M.F. A organização do trabalho na área de saúde em um hospital no Vale do Rio Pardo: entre o trabalho real e prescrito. **Revista Jovens Pesquisadores**, v. 8, n. 2, p. 51-60, 2018. Disponível em: [file:///C:/Users/usuario/Downloads/11846-54036-1-PB%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/usuario/Downloads/11846-54036-1-PB%20(3).pdf). Acesso em: 26. nov 2019.

DRUCK, G. Trabalho, precarização e resistências: novos e velhos desafios?. **Cad. CRH**, Salvador, v. 24, n. spe1, p. 37-57, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-49792011000400004&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em 29 nov. 2019.

DUARTE, R. Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. **Cadernos de Pesquisa**, Campinas, n. 115, p. 139-154, jul. 2001. Disponível em: <http://proferlao.pbworks.com/w/file/65176929/PESQUISA%20QUALITATIVA>>. Acesso em 17 jul 2018.

DUARTE, S. C. M. et al. Caracterização de erros na assistência de enfermagem em terapia intensiva. **Cogitare Enferm**, v. 21, n. 5, p. 1-8, 2016.

EBERHARDLT, L.D.; CARVALHO, M.; MUROFUSE, N.T. Vínculos de trabalho no setor saúde: o cenário da precarização na macrorregião oeste do Paraná. **Revista Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.39, n.104, p.18-29, jan./mar. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n104/0103-1104-sdeb-39-104-0018.pdf>>. Acesso em 17 de julho de 2018.

ERICKSON, J.I., DITOMASSI, M. Professional practice model: strategies for translating models in practice. **Nurs Clin North American**, v.46, n. 1, p. 35-44, 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21320659>>. Acesso em: 20 jul. 2018.

FALCÃO, M.S et al. Gestão de pessoas no setor público: um estudo dos fatores que influenciam na motivação ou na desmotivação dos servidores públicos do município de conceição do castelo. **Anais do Seminário Científico da FACIG**, n. 3, 2018. Disponível em: <http://www.pensaracademico.facig.edu.br/index.php/semiariocientifico/article/viewFile/478/404>. Acesso em: 27 nov. 2019.

FERNANDES, L. S. **Associação entre Síndrome de burnout, uso prejudicial de álcool e tabagismo em profissionais de enfermagem nas unidades de terapia intensiva do Hospital das Clínicas de Botucatu-UNESP**. 2015b. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Botucatu, São Paulo, 2015. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11449/131898>>. Acesso em: 17 ago. 2019.

FERNANDES, M.N.S. **Fatores de prazer e sofrimento no trabalho da enfermagem: contribuições para a gestão em saúde**. 2015a. Disponível em: https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/11956/TCCE_GPM_EaD_2015_FERNANDES_MARCELO.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 1 dez. 2019.

FERREIRA, M.C; BARROS, P.C.R. (In)Compatibilidade Trabalho Prescrito - Trabalho Real e Vivências de Prazer-Sofrimento dos Trabalhadores: Um Diálogo entre a Ergonomia da Atividade e a Psicodinâmica do Trabalho. **Revista Alethéia**, Ulbra, Canoas, RS. Disponível em: <http://www.ergopublic.com.br/arquivos/1252861523.51-arquivo.pdf>. Acesso em: 26 nov. 2019.

FERREIRA, P.D; MENDES, T.N. Família em UTI: Importância do suporte psicológico diante da iminência da morte. **Rev SBPH**, v.16, n.1, p. 88-112, 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582013000100006>. Acesso em 08 nov. 2018.

FIGUEIREDO, W. B.; AQUINO, S.; PISCOPO, M. R. Gestão de suprimentos de uma unidade de terapia intensiva: percepção dos profissionais de saúde sobre a ocorrência de infecções hospitalares associadas às falhas de abastecimento. **Revista Raunp**, v.8, n.2, p. 66-84, dez.2015/maio. 2016. Disponível em: <[file:///C:/Users/usuario/Downloads/1242-Texto%20do%20artigo-5631-1-10-20160912%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/usuario/Downloads/1242-Texto%20do%20artigo-5631-1-10-20160912%20(1).pdf)>. Acesso em: 05 ago. 2018.

FIGUEIREDO, M. L.; ZUFFI, F. B. Cuidados aos portadores de úlcera venosa: percepção dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. **Enfermería Global**, v. 28, p. 147-158, 2012.

FONSECA, R.M.P. **Satisfação Profissional nas USF da ARS Centro Fatores intrínsecos e extrínsecos do trabalho**. 2014. Dissertação (Mestrado em Gestão e Economia da Saúde) - Faculdade de Economia, Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal, 2014. Disponível em: <<https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/27359>>. Acesso em: 26 ago. 2019.

FORATTINI, C.D; LUCENA, C.. Adoecimento e sofrimento docente na perspectiva da precarização do trabalho. **Laplage em Revista**, v. 1, n. 2, p. 32-47, 2015. Disponível em: <http://www.laplageemrevista.ufscar.br/index.php/lpg/article/view/19/369>. Acesso em: 02 dez 2019.

FUNDAÇÃO SAÚDE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. **Fundação Saúde**, 2018. Disponível em: <<http://www.fundacaosaude.rj.gov.br/unidades-hospitalares/iecac/>>. Acesso em 24 ago 2018.

GARCIA, S.D. et al. Gerenciamento de recursos materiais na prática da higienização das mãos. **Rev. Enfermagem UFPE**, v.7, n. 5, p. 1342-1348, 2013.

GERSCHMAN, S. **A democracia inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2004.

GIL, R. B.; CHAVES, L. D. P.; LAUS, A. M. Gerenciamento de recursos materiais com enfoque na queixa técnica. **Rev. Eletr. Enf.**, v.17, n. 1, p. 100-7, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i1.27544>>. Acesso em: 15 ago. 2019.

GONÇALVES, F.G.A. et.al. Modelo neoliberal e suas implicações para a saúde do trabalhador de enfermagem. **Rev. Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.22, n.4, p.519-25, jul./ago. 2014. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v22n4/v22n4a14.pdf>>. Acesso em 14 jul. 2018.

GONÇALVES, F.G.A. O modelo neoliberal e suas repercussões para o trabalho e para o trabalhador de enfermagem. **Rev. enferm UFPE**, v. 7, n. 11, p. 6352-9, nov. 2013. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistaenfermagem/article/download>>. Acesso em: 25 ago. 2019.

GONÇALVES, F.G.A.; LEITE, G.F.P.; NASCIMENTO, S.M.P. **O Modelo neoliberal e suas repercussões no trabalho de enfermagem**. 2011. Trabalho de conclusão de curso - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

_____; SOUZA, N.V.D.O; ZEITOUNE, R.C.G; ADAME, G.F.P.L; NASCIMENTO, S.M.P. Impactos do Neoliberalismo no trabalho hospitalar de enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, v.24, n.3, p.646-53. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n3/pt_0104-0707-tce-24-03-00646.pdf. Acesso em 22 set. 2019.

GRANERO, A.; BLANCH, J. M.; OCHOA, P. Condições de trabalho e significados do trabalho em enfermagem em Barcelona. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 26, p. 2947, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v26/pt_0104-1169-rlae-26-e2947.pdf>. Acesso em: 23 ago. 2019.

GRIGOLETO, A.R.L.; GIMENES, F.R.E.; AVELAR, M.C.Q. Segurança do cliente e as ações frente ao procedimento cirúrgico. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 13, n. 2, p. 347 – 54, abr/jun. 2011. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v13/n2/pdf/v13n2a22.pdf>. Acesso em: 05 ago. 2018.

GUIDO, L.A. **Stress e Coping entre enfermeiros de centro cirúrgico e recuperação anestésica**. 2003. 170F. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de São Paulo – USP, São Paulo. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/83/83131/tde-22122003-160217/publico/Laura.tese.pdf>. Acesso em 28 nov. 2019.

GUIMARÃES, J. M. C.; GONDIM, G. M. de M. **O papel da politécnica na formação profissional de técnicos de nível médio envolvidos na área de manutenção predial e de equipamentos em estabelecimentos assistenciais de saúde**. 2008. Disponível em: http://www.senept.cefetmg.br/galerias/Anais_2010/Artigos/GT3/O_PAPEL_DA_POLITECNIA.pdf. Acesso em 22 set. 2019.

GUIMARÃES, R. et al. Defining and implementing a National Policy for Science, Technology, and Innovation in Health: lessons from the Brazilian experience. **Cad. Saude Publica**, Rio de Janeiro, v.22, n. 9, p. 1775-94, 2006.

GUTIÉRREZ, J. E. V. Clinical Engineering in Colombia. In: DYRO, J. (Org.). **The Clinical Engineering Handbook**. Nova York: Elsevier, p. 72-77, 2004.

HARADA, K. **Direito Financeiro e Tributário**. 20 ed. São Paulo: Atlas, p. 4, 2011.
HEAD, B. A.; WASHINGTON, K. T.; MYERS, J. Job satisfaction, intent to stay and recommended job improvements: the palliative nursing assistant speaks. **Journal of Palliative Medicine**, v.16, n. 11, p. 1356-61. 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24063551>>. Acesso em: 22 ago. 2019.

HUGONNET, S.; UCKAY, I.; PITTET, D. Staffing level: a determinant of late-onset ventilator-associated pneumonia. **Crit. Care**, v. 11, n. 4, 2007. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17640384>>. Acesso em: 24 ago. 2019.

JESUS, M. A. C. et al. Assédio moral no trabalho hospitalar de enfermagem: uma revisão integrativa de literatura. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 24, n. 4, p. 1-6, 2016. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v24n4/v24n4a20.pdf>>. Acesso em: 28 ago. 2019.

KELLY, D. et al. The critical care work environment and nurse-reported health care-associated infections. **Am J Crit Care**, v. 22, n.6, p. 482-484,2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24186818>>. Acesso em 04 nov 2018.

KRALJIC, S. et al. Evaluation of nurses' workload in intensive care unit of a tertiary care university hospital in relation to the patients' severity of illness: A prospective study. **Int. J. Nurs. Stud.**, v. 76, p. 100-105, 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28950187>>. Acesso em: 24 ago. 2019.

LA CRUZ, S.P.; ABELLAN, M.V. Desgaste profissional, stress e satisfação no trabalho do pessoal de enfermagem em um hospital universitário. **Rev. Lat. Amer. Enf.**, Ribeirão Preto, v.23, n.3, p. 543 – 552, mai/jun. 2015.

LAMONT, T.; WARING, J. Safety lessons: shifting paradigms and new directions for patient safety research. *Journal of Health Services Research & Policy*, v. 20, p. 1-8, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1177/1355819614558340>>. Acesso em: 20 jul. 2018.

LARA, R. Saúde do trabalhador: considerações a partir da crítica da economia política. In: LOURENÇO, Edvânia Ângela de Souza (Org.). **Saúde do trabalhador e da trabalhadora e Serviço Social: estudos da relação trabalho e saúde no capitalismo contemporâneo**. Campinas: Papel Social, 2016. p. 339- 353.

LIMA, L.; SAMPAIO, R.; GAGLIANONE, W. Debt ceiling and fiscal sustainability in Brazil: a quantile autoregression approach. **Journal of Development Economics**, v. 86, p. 313-335, 2008.

LIMA, K. P. et al. Fatores contribuintes para ocorrência de eventos adversos em unidade de terapia intensiva: perspectiva do enfermeiro. **Res. Enferm. UFPE**. v.11, n.3, p1234-43. mar., 2017.

LOPES, B.C. et al. Erros de medicação realizados pelo técnico de enfermagem na UTI: contextualização da problemática. **Enferm. Foco**, v. 3, n. 1, p. 16-2. 2012. Disponível em: <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/214/135>>. Acesso em 20 ago. 2019.

MACHADO, M. C. et al. Avaliação da satisfação profissional de funcionários em um hospital público de reconhecida efetividade assistencial. **Rev. bras. Oftalmol.**, v. 73, n. 3, p.143-7, Jun. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-72802014000300143&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 26 ago. 2019.

MACHADO, M. H. et al. **Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil**. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <<http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/index.html>>. Acesso em; 24 ago. 2019.

MACHADO, M. H. et al. Condições de trabalho da enfermagem. **Enfermagem em foco**, v. 7(esp), p. 63-76. 2016b. Disponível em: <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/%20article/view/695/305>>. Acesso em: 24 ago. 2019

_____. et al. Mercado de trabalho em enfermagem no âmbito do SUS: uma abordagem a partir da pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, v. 56, p. 52-69, 2016a. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/04/884409/mercado-de-trabalho-em-enfermagem-no-ambito-do-sus-uma-abordage_Uir6lGY.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2019.

MARQUES, A. P. P. Reestruturação produtiva e recomposições do trabalho e emprego. Um périplo pelas “novas” formas de desigualdade social. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.6, p.1545-1554, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n6/07.pdf>>. Acesso em: 22 ago. 2019.

MARTINS, A.A.; MARQUES, H.R. A contribuição da lei de responsabilidade fiscal na gestão pública. **Revista Controle/Tribunal de Contas do Estado do Ceará**, v.6, n.13, p.145-169, 2013. Disponível em: <<http://www.tce.ce.gov.br/component/jdownloads/finish/328>>. Acesso em 12 ago. 2018.

MARTINS, C.C.F. et al. Relacionamento interpessoal da equipe de enfermagem x estresse: limitações para a prática. **Cogitare Enferm**, Curitiba. v. 19, n. 2, p. 309-15, 2014. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/36985>>. Acesso em: 9 ago. 2018.

MARTINS, M.I.C. Desafios para a gestão do trabalho em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, fev. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n2/0102-311X-csp-32-2-0102-311X00021616.pdf>>. Acesso em: 2 ago. 2018.

MARTINS, J.T; ROBAZZI, M.L.C; M.C.C.Prazer e sofrimento no trabalho da equipe de enfermagem: reflexão à luz da psicodinâmica Dejouriana. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 1107-1111, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000400036. Acesso em: 2 dez. 2019.

MARX, K. **O capital: crítica da economia política**. Livro I: o processo de produção do capital. São Paulo, Boitempo, 2013.

MASSAROLI, R. et al. Trabalho de enfermagem em unidade de terapia intensiva e sua interface com a sistematização da assistência. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 19, n. 2, P. 252-258, 2015. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/1277/127739655008/>>. Acesso em 08 nov. 2018.

MASSIMO, L. Como se explica o neoliberalismo no Brasil? Uma análise crítica dos artigos publicados na Revista Dados. **Rev. Sociol. Polít.**, Curitiba, v. 21, n. 47, p. 133-153, set. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsocp/v21n47/10.pdf>>. Acesso em: 22 ago. 2019.

MATTOX, E. Medical devices and patient safety. **Crit. Care Nurse.**, v. 32, n. 4, p. 60-8. 2012.

MAXIMIANO, A.C. A. **Introdução à administração**. 8.ed. São Paulo: Atlas, 2011.

MCGAHAN, M.; KUCHARSKI, G.; COYER, F. Nurse staffing levels and the incidence of mortality and morbidity in the adult intensive care unit: a literature review. **Aust Crit. Care**, v. 25, n. 2, p. 64-77, 2012. Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22515951>>. Acesso em: 24 ago. 2019.

MCHUGH, M. D. et al. Lower mortality in magnet hospitals. **Med. Care**, v. 51, n. 5, p. 382-8. 2013. Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3568449/pdf/nihms-412598.pdf>>. Acesso em: 27 ago. 2019.

MELO, M. F. G. C. **Relações público-privadas no sistema de saúde brasileiro**. 2017. Tese (Doutorado em Desenvolvimento econômico, área de concentração: Economia Social e do Trabalho) – Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Economia, Campinas, São Paulo, 2017. Disponível em:

<http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/330343/1/Melo_MariaFernandaGodoyCardosoDe_D.pdf;maria>. Acesso em: 24 ago. 2019.

MENDES, A. M. Da psicodinâmica à psicopatologia do trabalho. In **Psicodinâmica do trabalho: Teoria, método e pesquisas**. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo, 2007.

MENDES, L.C.A. Estado e terceiro setor: uma análise de duas iniciativas de aproximação. **Revista do Serviço Público**, v. 50, n. 3, p. 72-91, 2014.

MENEZES, D.H.L; LEITE, J.L. A nova configuração da política de saúde no Brasil: o Rio de Janeiro como laboratório. **Revista de Políticas Públicas**, São Luís, v. 20, n. 1, p. 121-136, 2016.

MINAYO, M. C. S. (org). **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14^a.ed São Paulo: Hucitec, 2012.

MINAYO-GOMEZ, C.; THEDIM-COSTA, S. M. F. A construção do campo de saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **Cad. Saúde Pública**, v. 13, Supl. 2, p. 21-32. 1997.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v13s2/1361.pdf>>. Acesso em 17 ago. 2019.

MINUZZI, A. P. et al. Contributions of healthcare staff to promote patient safety in intensive care. **Esc. Anna Nery**, v. 20, n. 1, p. 121-9, Mar./Jun. 2016. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000100121>. Acesso em: 20 ago. 2019.

MONTE, P.F.et al. Estresse dos profissionais enfermeiros que atuam na unidade de terapia intensiva. **Rev.Acta Paul Enferm**, v.26, n.5, p;421-427. 2013. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n5/a04v26n5.pdf>>. Acesso em 02 out 2018.

MORA, M. **Evolução recente da dívida estadual**. Rio de Janeiro: Ipea, 2016. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_2185.pdf>. Acesso em: 03 ago. 2018.

MORRONE, C.F; MENDES, A.M. A resignificação do sofrimento psíquico no trabalho informal. **Rev. Psicol., Organ. Trab.**, Florianópolis , v. 3, n. 2, p. 91-118, 2003. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-66572003000200005. Acesso em 28 nov. 2019.

NASCIMENTO, E. R.; DEBUS, I. Tesouro Nacional. **Lei Complementar n° 101/2000: Entendendo a Lei de Responsabilidade Fiscal**. 2. ed. 2018. Disponível em: <<http://www.tesouro.fazenda.gov.br/documents/10180/0/EntendendoLRF.pdf>>. Acesso em: 02 ago. 2018.

NASCIMENTO, R. C. R. M. et al. Disponibilidade de medicamentos essenciais na atenção primária do Sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, supl. 2, 10s, 2017 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102017000300303&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 ago. 2019.

NEURAZ, A. et al. Patient Mortality Is Associated With Staff Resources and Workload in the ICU: A Multicenter Observational Study. **Crit. Care Med.**, v. 43, n. 8, p. 1587-94, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25867907>>. Acesso em: 24 ago. 2019.

NIE, Y. et al. Hospital survey on patient safety culture in China. **BMC Health Serv Res**, v. 24, n. 13, p. 228, jun. 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23800307>>. Acesso em: 3 ago. 2018.

NOGUEIRA, L. S. et al. Carga de trabalho de enfermagem: preditor de infecção relacionada à assistência à saúde na terapia intensiva?. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49(spe), p.36-42, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S008062342015000700036&script=sci_abstract&tlng=>>. Acesso em: 1 nov 2018.

NOGUEIRA, R.P. **A regulação dos vínculos de trabalho no SUS**. Brasília: Mimeo, 1999.

NUNES, B. K.; TOMA, E. Dimensionamento de pessoal de enfermagem de uma unidade neonatal: utilização do Nursing Activities Score. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v. 21, n. 1, p.348-55. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n1/pt_v21n1a09.pdf>. Acesso em: 23 ago. 2019.

NUNES, C.M. et al. Satisfação e insatisfação no trabalho na percepção de enfermeiros de um hospital universitário. **Rev. Eletr. Enferm.**, v. 12, n. 2, p. 252-7. 2012. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n2/v12n2a04.htm>>. Acesso em: 21 ago. 2019.

O ESTADO DE S. PAULO. Em decadência política, Rio viverá uma década de crise. **Estadão**, 23 abr. 2017. Disponível em: < <https://politica.estadao.com.br/noticias/geral,em-decadencia-politica-rio-vivera-uma-decada-de-crise,70001748272>. Acesso em 22 set. 2019.

OIT. Organização Internacional do Trabalho. **Programa conjunto: nueva iniciativa contra la violencia laboral em el sector da salud**. Out. 2002. Disponível em: <https://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS_071411/lang--es/index.htm>. Acesso em: 27 ago. 2019.

OLIVEIRA, A. C.; GARCIA, P. C.; NOGUEIRA, L. S. Nursing workload and occurrence of adverse events in intensive care: a systematic review. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 50, n. 4, p. 683-694, jul/ago. 2016. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27680056>>. Acesso em; 25 ago. 2019.

OLIVEIRA, A. D.; COSTA, C. R.; ARNDT, A. B. M. Glosas de materiais e medicamentos em um hospital privado na cidade de Brasília, Distrito Federal. **Acta de Ciências e Saúde**, v. 2, n.1, 2012. Disponível em: <<http://www2.ls.edu.br/actacs/index.php/ACTA/article/view/39/46>>. Acesso em: 5 ago. 2018.

OLIVEIRA, E.B. et al. Nursing work in hospital emergency units: psychosocial risks: a descriptive study. **Online Braz J Nurs**, v. 12, n.1, p. 73-88, 2013. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4046>>. Acesso em: 3 ago. 2018.

OLIVEIRA, E. M. et al. Ambiente das práticas de enfermagem e satisfação profissional em unidades críticas. *Rev. Bras. Enferm.*, v. 70, n. 1, p. 79-86, Jan-fev. 2017. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/2670/267049841011.pdf>>. Acesso em: 26 ago. 2019.

OLIVEIRA, D.C. Análise de Conteúdo Temático-Categorial: uma proposta de sistematização. **Rev Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v.16, n. 4, p. 569-576. 2008. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v16n4/v16n4a19.pdf>>. Acesso em 26 abr 2018.

OLIVEIRA, R. M. et al. Tomada de decisão de enfermeiros frente a incidentes relacionados à segurança do paciente. **Cogitare enferm.**, v. 21, n. 3, p. 01-10, 2016.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Redes Colaborativas**. 2013. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=1715:redes-colaborativas-2&Itemid=724>. Acesso em: 3 ago. 2018.

ORO, JULIETA et al. Do trabalho prescrito ao trabalho real da enfermagem em unidades de internação de hospitais universitários federais. **Texto contexto enferm.**, Florianópolis, v. 28, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072019000100355&lng=en&nrm=iso Acesso em 26 nov.. 2019.

PAES, J.E.S. **Fundações, Associações e Entidades de Interesse Social. Aspectos jurídicos, administrativos, contábeis, trabalhistas e tributáveis.** 8ª edição, Rio de Janeiro, Forense, 2013. Disponível em: <<https://forumdeconcursos.com/wp-content/uploads/wpforo/attachments/2/1704-Fundaes-Associaes-e-Entidades-de-Interesse-Social-Jos-Eduardo-Sabo-Paes-2018.pdf>>. Acesso em: 6 nov. 2018.

PAESE, F.; SASSO, G.T.D. Cultura da segurança do paciente na atenção primária à saúde. **Texto contexto enferm**, Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 302-310, jun. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n2/v22n2a05>>. Acesso em: 5 ago. 2018.

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, Jun. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232018000601723&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 ago. 2019

PAIVA, S.M.A. et al. Teorias administrativas na saúde. **Rev Enferm UERJ**, v.18, n. 2, p. 311-6. 2010. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v18n2/v18n2a24.pdf>>. Acesso em: 3 ago. 2018.

PANUNTO, M. R.; GUIRARDELLO, E. B. Carga de trabalho de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva de um hospital de ensino. **Acta Paul. Enferm.** v. 25, n. 1, p.96-101. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n1/v25n1a17.pdf>>. Acesso em: 24 ago. 2019.

PEREIRA, J. M. A importância da logística no âmbito hospitalar. Notícias hospitalares: gestão de saúde em debate. São Paulo, SP, Brasil. 2015. Disponível em: <<http://www.prosaude.org.br/noticias/abr2015/pgs/gestao.htm>>. Acesso em: 17 ago. 2019.

PIRES, D. Novas formas de organização do trabalho em saúde e enfermagem. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v.13, p. 83-92, 2000. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=336&indexSearch=ID>. Acesso em: 23 nov. 2019.

POLIT, D. F. et al. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem.** 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 670.

PRATA, J. A.; PROGIANTI, J.M.; DAVID, H. M. S. L. A reestruturação produtiva na área da saúde e da enfermagem obstétrica. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 23, n. 4, p.1123-9, Out-Dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n4/pt_0104-0707-tce-23-04-01123.pdf>. Acesso em: 23 ago. 2019.

PUFF, J. **4 motivos que levaram o Rio a decretar estado de calamidade pública.** 2016. Disponível em: <<http://www.bbc.com/portuguese/brasil-36566996>>. Acesso em: 2 ago. 2018.

QUES, A.A.M; MONTORO, C. H.; GONZÁLEZ, M. G. Fortalezas e ameaças em torno da segurança do paciente segundo a opinião dos profissionais de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.18, n. 3, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692010000300007>>. Acesso em: 20 ago. 2019.

QUEIJO, A.F.; PADILHA, K.G. Nursing Activities Score (NAS): adaptação transcultural e validação para a língua portuguesa. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.43(Esp), p.1018-25. 2009. Available from: <<http://www.scielo.br/pdf/reusp/v43nspe/a04v43ns.pdf>>. Acesso em: 23 ago. 2019.

RAIMUNDO, E. A.; DIAS, C. N.; GUERRA, M. Logística de medicamentos e materiais em um hospital público do Distrito Federal. **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, v. 1, p. 61-69. 2014. Disponível em: <[file:///C:/Users/usuario/Downloads/2384-Texto%20do%20artigo-9662-1-10-20150526%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/usuario/Downloads/2384-Texto%20do%20artigo-9662-1-10-20150526%20(3).pdf)>. Acesso em: 19 ago. 2019.

RAMOS, E.L. et al. Qualidade de vida no trabalho: repercussões para a saúde do trabalhador de enfermagem de terapia intensiva. **Rev. pesqui. cuid. fundament.**, v.6, n.2, p.571-583, 2014. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2833/pdf_1244> Acesso em 12 jul. 2018.

REIS, C.T.; LAGUARDIA, J.; MARTINS, M. Translation and cross-cultural adaptation of the Brazilian version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture: initial stage. **Caderno de Saúde Pública**, v. 28, n. 11, p. 2199-2210, 2012.

REINHARDT, W. FO. Gestão de suprimentos e medicamentos. In: VECINA, G. NO.; MALIK, A.M., editores. **Gestão em saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 191-202.

RIBEIRO, G. S. R., SILVA, R. C., FERREIRA, M.A. Tecnologias na terapia intensiva: causas dos eventos adversos e implicações para a Enfermagem. **Res. Bras. Enferm.**v.69, n.5, p. 972- 980. 2016

RIBEIRO, W. A. et al. Cateter venoso central na UTI pediátrica: o enfermeiro intensivista na prevenção e controle das infecções hospitalares. **Revista Pró-UniverSUS**, v. 9, n. 2, p. 47-52, Jul/Dez. 2018. Disponível em: <<file:///C:/Users/usuario/Downloads/1386Texto%20do%20artigo-5270-2-10-20181221.pdf>>. Acesso em: 27 jul. 2019.

RIO DE JANEIRO (Estado). Decreto nº 45.692 de 17 de junho de 2016. Decreta estado de calamidade pública, no âmbito da administração financeira do estado do Rio de Janeiro, e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, 2016. Disponível em:

<http://www.fazenda.rj.gov.br/sefaz/content/conn/UCMServer/path/Contribution%20Folders/site_fazenda/legislacao/tributaria/decretos/2016/DECRETO%20N.%C2%BA%2045692%20DE%202017%20DE%20JUNHO%20DE%202016.htm>. Acesso em: 02. Ago. 2018.

ROBERTO, W. L. C.; LIRA, R. A. O gestor hospitalar e sua atuação frente ao suprimento de materiais. **Perspectiva On-line**, v. 4, n. 13, p. 87-104, 2010.

- ROCHA, F. L. R. et al. Organizational culture of a psychiatric hospital and resilience of nursing workers. **Rev. Bras. Enferm.** v. 69, n. 5, p. 765-72, set/ out. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n5/en_0034-7167-reben-69-05-0817.pdf>. Acesso em: 23 ago. 2019.
- RODRIGUES, I. L. et al. Facilidades e dificuldades do trabalho em terapia intensiva: um olhar da equipe de enfermagem. **Care Online**, v. 8, n. 3, p. 4757-4765, jul/set. 2016. DOI: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3881/pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2019
- RIZZOTO, M. L. F. et al. Força de trabalho e gestão do trabalho em saúde: revelações da Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no Paraná. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. spe, p. 237-251, out. 2014.
- SANTOS, D.C. **Estabilidade no serviço público brasileiro**: efeitos da emenda constitucional n. 19/1998. 2018. 94f. Monografia – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2018. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/184994/001076527.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 25 nov. 2019.
- SANTOS, A.P.A. et al. Nurses in post-operative heart surgery: professional competencies and organization strategies. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.50, n.3, p.474-481, Jun. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342016000300474&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 ago. 2019.
- SANTOS, D.M. **Adaptações e improvisações**: repercussões para o processo de trabalho hospitalar da enfermagem. 2012. 164f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <http://www.bdt.d.uerj.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=9067>. Acesso em: Acesso em: 10 ago. 2018.
- SANTOS, D. P. dos. **Motivação do Servidores em uma Prefeitura**. 2007. Disponível em: <https://www.avm.edu.br/monopdf/23/DANILO%20PESSOA%20DOS%20SANTOS.pdf>. Acesso em: 27 nov. 2019.
- SANTOS, J. L. G. et al. Concepções de comunicação na gerência de Enfermagem Hospitalar entre enfermeiros gerentes de um hospital universitário. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 45, n. 4, p. 959-65. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342011000400024&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 25 ago. 2019.
- SANTOS, J. S.; SANTOS, L. B. P.; DE LIMA, J. R. Síndrome de Burnout em Enfermeiros de Unidade de Terapia Intensiva: Produção Científica de Enfermagem. **Revista Destaques Acadêmicos**, Lajeado, v. 10, n. 3, 2018. Disponível em: <<http://www.univates.br/revistas/index.php/destaques/article/view/1960/1406>>. Acesso em: 26 ago. 2019.

- SCHWARTZ, Y. Trabalho e uso de si. **Rev Pro-posições**, v.1, n.5, p.32-34-50, 2000. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/proposic/article/view/8644041/11485>. Acesso em: 26 nov. 2019
- SCHWARTZ, Y. Transmissão e ensino: do mecânico ao pedagógico. **Rev Pro-Posições**, v.3, n.48, p.229-44, 2005. Disponível em: https://www.fe.unicamp.br/pf-fe/publicacao/2336/48_artigos_schwartz.pdf. Acesso em: 26 nov. 2019.
- SEIDL, H. et al. Gestão do trabalho na Atenção Básica em Saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. spe, p. 94–108, Out. 2014.
- SILVA, A. L.; FREITAS, M. E. Para além dos critérios econômicos do trabalho de baixa renda no Brasil. **Organizações & Sociedade**, Salvador, v. 23, n. 76, p.037-056, Jan./Mar. 2016. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/4006/400643284003.pdf>>. Acesso em: 23 ago. 2019.
- SILVA-BATALHA, S.E.M.; MELLEIRO, M.M.M. Cultura de Segurança do Paciente em um hospital de ensino: diferenças de percepção existentes nos diferentes cenários dessa instituição. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, abr/jun, v. 24, n. 2, p .432-41, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n2/pt_0104-0707-tce-24-02-00432.pdf>. Acesso em: 5 ago. 2018.
- SILVA, C. P. Lei de responsabilidade fiscal e o caso do Estado do Rio de Janeiro. **Revista Tributária e de Finanças Públicas**, v. 136, p. 53-68, 2018. Acesso em 10. nov.2018.
- SILVA, H.L.F. Trabalho precário e formação do trabalhador: a precariedade como modo de ser. **Rev. Trabalho, Política e Sociedade**, vol.3, n.5, p. 223-250, 2018. Disponível em: <http://www.ufrj.br/SEER/index.php?journal=RTPS&page=article&op=view&path%5B%5D=3969>. Acesso em: 2.dez.2019.
- SILVA, J. L. L. et al. Psychosocial factors and prevalence of burnout syndrome among nursing workers in intensive care units. **Rev. Bras. Ter. Intensiva**, v.27, n.2, p. 125- 133. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103507X2015000200125&script=sci_abstract>. Acesso em: 26 ago. 2019.
- SILVA, J.P.C; FERREIRA, L.S; ALMEIDA, B.L.F. **A nova organização do trabalho e a saúde do trabalhador**. 2017. Anais do 5º Encontro Internacional de Política Social e 12º Encontro Nacional de Política Social. Disponível em: <file:///C:/Users/usuario/Downloads/16572-Texto%20do%20artigo-45546-1-10-20170606.pdf>. Acesso em 29 nov. 2019.
- SILVA, K. L. et al. Expansão dos cursos de graduação em enfermagem: dilemas e contradições frente ao mercado de trabalho. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 5, n. 45, p.1219-1226. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n5/pt_0080-6234-reeusp-47-05-1211.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2019.

SILVA, M. C. et al. Gastos com saúde: uma análise do cumprimento da Emenda Constitucional nº 29/2000 pelos 100 municípios brasileiros mais populosos, no período de 2000 a 2008. **Rev. Reunir**, v. 2, n. 1, p. 1-20, 2015.

SILVEIRA, R. S. et al. Percepção dos trabalhadores de enfermagem acerca da satisfação no contexto do trabalho na UTI. **Enfermagem em foco**, v. 3, n. 2, p. 93-6. 2012. Disponível em: < <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/262> >. Acesso em: 25 ago. 2019.

SIMÕES, J. S.; OTANI, M. A. P.; JÚNIOR, A. C. S. Estresse dos profissionais de enfermagem em uma unidade de urgência/Stress of the nursing professionals in an emergency unit. **REGRAD**, UNIVEM/Marília, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 75-95, ago. 2015. Disponível em: < <file:///C:/Users/usuario/Downloads/862-1-2537-1-10-20151123.pdf> >. Acesso em: 28 ago. 2019.

SOUSA, P.A.F.; DAL SASSO, G.T.M.; BARRA, D.C.C. Contribuições dos registros eletrônicos para a segurança do paciente em terapia intensiva: uma revisão integrativa. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, v. 21, n. 4, p. 971-9, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072012000400030&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 ago. 2019.

SOUZA, N.V.D.O; SANTOS, D.M; ANUNCIAÇÃO, C.T; THIENGO, P.C.S.O trabalho da enfermagem e a criatividade: adaptações e improvisações hospitalares. **Revista Enfermagem UERJ**, v.17, n.3, p.356-61. 2009. Disponível em <http://www.facenf.uerj.br/v17n3/v17n3a10.pdf>. Acesso em 22 set. 2019.

SOUZA, R. F.; SILVA L. D. Estudo exploratório das iniciativas acerca da segurança do paciente em hospitais do Rio de Janeiro. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 22, n.1, p. 22-28, 2014. Disponível em <http://www.facenf.uerj.br/v22n1/v22n1a04.pdf>. Acesso em 19 ago. 2019.

SZURLAN, J.; GLERIANO, J. S.; JUSTI, J. Errare humanum est: fatores que influenciam o erro profissional em saúde. **Caçador**, v.4, n.1, p. 24-38, 2015. Disponível em: < <http://periodicos.uniarp.edu.br/ries/article/view/365/320> >. Acesso em 22 ago 2019.

STUCKLER, D. et al. Effects of the 2008 recession on health: a first look at European data. **The Lancet**, London, v. 378, n. 9786, p. 124-125, jul. 2011. Disponível em: <[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)61079-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)61079-9/fulltext)>. Acesso em: 05 ago. 2018.

TABOSA, F. J. S. et al. Reação fiscal ao aumento da dívida pública: uma análise para os estados brasileiros. **Economia Aplicada**, v. 20, n.1, p. 57-71, 2016.

TABOSA, F. J. S.; FERREIRA, R. T.; SIMONASSI, A. G. Reação fiscal ao aumento da dívida pública: uma análise para os estados brasileiros. In: 42º ENCONTRO NACIONAL DE ECONOMIA DA ANPEC, 2011, Natal. **Anais...** Natal: UFRS, 2011.

TAMEZ-GONZÁLEZ, S.; PÉREZ-DOMÍNGUEZ, J.F. La sociedad del riesgo y las inequidades en la salud de los trabajadores. **Rev Salud Pública**, v. 14, n.1, p. 43-55, 2012.

Disponível em:

<https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rsap/v14s1/v14s1a05.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2018

TAMAYO, A.; PASCHOAL, T. A relação da motivação para o trabalho com as metas do trabalhador. **Rev. adm. contemp.**, Curitiba, v. 7, n. 4, p. 33-54, 2003. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-65552003000400003. Acesso em: 27 nov. 2019.

TAVARES E SOUZA, M.M.T; PASSOS, J.P; TAVARES, C.M.M. Sofrimento e precarização do trabalho em enfermagem. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v.7, n.1, p.2072-2082, 2015. Disponível em:

http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1515/pdf_1457. Acesso em: 27 nov. 2019

TEIXEIRA, M. **Desenhos Institucionais e Relações de Trabalho no Setor Público de Saúde**. 2015. 141f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação: o positivismo, a fenomenologia, o marxismo. São Paulo: Atlas; 2011.

VAGHETTI, H. H. et al. Desperdício de materiais assistenciais na percepção de trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário. **Rev. Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 369-374, jul/ set. 2011. Disponível em:

<<http://www.facenf.uerj.br/v19n3/v19n3a05.pdf>>. Acesso em: 5 ago. 2018.

VARGAS MANSANO, S.R. Transformações da subjetividade no exercício do trabalho imaterial. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**. Rio de Janeiro, v.9, n.2, p.512-524. 2009. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4518/451844629016.pdf>. Acesso em 06 dez. 2019.

VAZ, E. M. et al. Conhecimento do enfermeiro de unidade de terapia intensiva. **Rev. UniBrasil**. Curitiba, v.2, n.10, p.102- 117, 2013. Disponível em:

<<http://revistas.unibrasil.com.br/cadernossaude/index.php/saude/article/view/162/160>>.

Acesso em: 20 jul. 2019.

VIACAVA, F. et al. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1751-1762, Jun. 2018.

Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232018000601751&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 ago. 2019.

VIEGAS, M.F. Produção de saberes do cuidado: questões de classe e gênero num hospital do RS, Brasil. In: XXXV Congresso Internacional da Associação de Estudos Latino-americanos, 2017. Anais. Lima, Peru, maio 2017.

VIEIRA, C. B. et al. Motivação na Administração Pública: considerações teóricas sobre a aplicabilidade dos pressupostos das teorias motivacionais na esfera pública. **Revista ADMpg Gestão Estratégica**, v. 4, n. 1, 2011. Disponível em: <www.admpg.com.br/revista2011/artigos/12.pdf>. Acesso em: 27 nov. 2019.

VIEIRA, F. S.; BENEVIDES, R.P. O Direito à Saúde no Brasil em Tempos de Crise Econômica, Ajuste Fiscal e Reforma Implícita do Estado. **Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas**, v.10, n.3, p. 1-28, 2016. Disponível em: <<http://periodicos.unb.br/index.php/repam/article/viewFile/21860/pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2018.

VIEIRA, F.S. **Crise econômica, austeridade fiscal e saúde: que lições podem ser aprendidas?** Brasília: Ipea; 2016. [Nota técnica]. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/160822_nt_26_disoc.pdf>. Acesso em: 23 ago. 2019.

VITURI, D.W.; ÉVORA, Y.D.M. Total Quality Management and hospital nursing: an integrative literature review. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, v. 68, n. 5, p. 660-7, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n5/0034-7167-reben-68-05-0945.pdf>>. Acesso em: 03 ago. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **A69/42: Addressing the global shortages of medicines, and the safety and accessibility of children's medication**. 2016. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB140/B140_19-en.pdf>. Acesso em: 05 ago. 2019

_____. **Estrutura conceitual da classificação internacional sobre segurança do doente**. Relatório técnico. Lisboa: OMS, 2011. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70882/4/WHO_IER_PSP_2010.2_por.pdf?ua=1>. Acesso em: 02 ago. 2018.

_____. **EB138/41: Addressing the global shortages of medicines, and the safety and accessibility of children's medication**. 2015. Disponível em: <https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB138/B138_41-en.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2019.

_____. **EB140/2017/REC/1: Executive Board**. 2017. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB140-REC1/B140_REC1-en.pdf#page=1>. Acesso em: 14 ago. 2019

_____. **Global Priorities for Patient Safety Research. Better knowledge for safer care**. Geneva: World Health Organization, 2008.

_____. **Report of the burden of endemic health care-associated infection worldwide: clean care is safer care**. Geneva: World Health Organization 2011.

YOU, L. M. et al. Hospital nursing, care quality, and patient satisfaction: Crosssectional surveys of nurses and patients in hospitals in China and Europe. **Int. J.Nurs. Stud.**, v. 50, n. 2, p. 154-61. 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22658468>>. Acesso em: 26 ago. 2019.

APÊNDICE A - Estado da Arte (2018)

Quadro 1 – Estado da Arte (2018) (continua)

	Título do artigo	Ano do artigo	Autores	Local da publicação	Objeto de estudo	Objetivos do Estudo	Base de dados
01	Monitoring intensive care unit performance-impact of a novel individualised performance scorecard in critical care medicine: a mixed-methods study protocol	2018	FERNANDO, S.M; NEILPOVITZ, D.; SARTI, A.J; ROSENBERG, E; ISHAQ, R.; THORNTON, M; KIM, J.	Canadá	Avaliação da aplicação de scorecards nas instituições hospitalares	Otimizar a qualidade do atendimento e a segurança do paciente	MEDLINE
02	Healthcare professionals' views of smart glasses in intensive care: A qualitative study	2018	ROMARE, C; HASS, U; SKAR, L.	Suécia	A visão dos profissionais de saúde sobre óculos inteligentes antes de sua implementação	Descrever a visão dos profissionais de saúde sobre óculos inteligentes antes de sua implementação em uma unidade de terapia intensiva	MEDLINE

Quadro 1 - Estado da Arte (2018) (continuação)

03	O risco dos extremos: uma análise da implantação do programa Mais Médicos em um contexto de volatilidade orçamentária	2016	VARGAS, A.F.M; CAMPOS, M.M.; VARGAS, D.S.	Rio de Janeiro	Programa Mais Médicos em Campos dos Goytacazes	Analisar desafios e impasses na implementação do Programa Mais Médicos, no município de Campos dos Goytacazes, no Estado do Rio de Janeiro; ressaltar a guinada nas estratégias e ações da gestão pública municipal de saúde e, mais especificamente, traz como diferencial analítico a mudança de status orçamentário do município, decorrente da queda dos royalties do petróleo e as implicações na condução das políticas públicas	COLECIONA SUS
04	The Effect of a Freely Available Flipped Classroom Course on Health Care Worker Patient Safety Culture: A Prospective Controlled Study	2016	LOWELL, L.; GOMERSALL, C.D; SAMY, W.; JOYNT, G.M; LEUNG, C.C; WONG, W.T; LEE, A.	Hong Kong	Cultura da segurança do paciente	Avaliar o impacto de um curso padronizado de segurança do paciente	MEDLINE

Quadro 1 - Estado da Arte (2018) (conclusão)

05	Conselhos de Saúde e controle social: um estudo comparativo dos relatórios de prestação de contas das Secretarias Estaduais de Saúde	2013	GONÇALVES, R.S.; HAYAKAWA, R.I.; GONÇALVES, A.O.; SERRANO, A.L.M.	Brasília	Prestação de contas das Secretarias Estaduais de Saúde encaminhados aos Conselhos Estaduais de Saúde	Versar sobre uma análise comparada dos relatórios de prestação de contas das Secretarias Estaduais de Saúde, permitindo dessa forma a descrição de possíveis melhorias no processo de divulgação de tais informações	LILACS
06	Prestação de contas das Secretarias Estaduais de Saúde encaminhados aos Conselhos Estaduais de Saúde	2013	OLIVEIRA, F.A.	Rio de Janeiro	Os custos diretos do protocolo assistencial da Casa de Parto David Capistrano Filho	Estimar o tipo e a quantidade dos recursos consumidos na execução do cuidado ao ciclo gravídico de acordo com o protocolo assistencial da CDPDF; comparar os custos avaliados no período de pesquisa ao orçamento municipal destinado a assistência das gestantes de baixo risco no mesmo período	LILACS
07	Execução orçamentária do Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação - Uma proposta de aprimoramento da apuração por unidade da federação	2013	VIOTTI, R.B.	Rio de Janeiro	Apuração da execução orçamentária do MCTI, por unidade da federação	Identificar e analisar os métodos para o aprimoramento da apuração, por unidade da federação (UF), da execução orçamentária do Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação – MCTI, tomando-se por base os dados de 2010	LILACS

Fonte: A autora, 2019.

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado(a) enfermeiro(a),

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa que tem como **objetivos** identificar a percepção dos enfermeiros das Unidades de Terapia Intensiva sobre a configuração da organização e condições de trabalho deste cenário, analisar as repercussões da configuração da organização do trabalho nas unidades cardiointensivas na saúde do trabalhador de enfermagem e discutir as repercussões da configuração da organização do trabalho para a segurança do paciente em terapia intensiva.

A pesquisa em questão é desenvolvida sob a responsabilidade da mestrandia Carolina Viegas de Mello e de sua orientadora Prof^a Dra. Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e tem **duração** de 24 meses.

O estudo tem como título: ***“Influências para a organização do trabalho dos enfermeiros e para a segurança do paciente”***, e sua participação será por meio da concessão de entrevistas, a partir de um instrumento de coleta de dados previamente elaborado.

A coleta destes dados será feita pela pesquisadora responsável deste estudo. Os resultados serão tratados de forma **confidencial e anônima** e serão usados para fins científicos **desta** pesquisa, assim como em trabalhos e eventos acadêmicos/científicos, sem qualquer menção que possa identificar e/ou comprometer o participante. Além do exposto, ratifica-se que os participantes desta pesquisa não terão **despesas ou gratificações** por fornecerem informações a respeito do tema do estudo, e os mesmos terão acesso aos resultados publicados por meio de periódicos científicos, do Banco de Teses e Dissertações da UERJ, e também através da entrega do resultado desta pesquisa à gestão do campo em que se desenvolveu o estudo.

Salienta-se que há um risco mínimo a sua integridade psicofísica, pois entende-se que ao discorrer sobre o assunto que traga desconforto e tensão, tal situação pode resultar em algum desgaste físico ou emocional. Por conseguinte, em qualquer momento você pode **recusar-se** a responder alguma pergunta ou desistir de participar e **retirar seu consentimento**.

A sua participação é **voluntária**. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

As entrevistas serão realizadas de acordo com sua disponibilidade e seu conteúdo será gravado em um gravador digital, o que facilitará a transcrição e análise dos dados. Este material será arquivado pela pesquisadora e será **destruído** após **5 anos** do término da pesquisa.

Você receberá uma **via** deste termo no qual consta o telefone, e-mail da pesquisadora responsável e o endereço e e-mail do Comitê de Ética em Pesquisa, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação a qualquer momento.

Assinatura do Pesquisador

Assinatura do Participante da Pesquisa

Data: ____/____/____

Orientador(a): Prof^a Dr.^a Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza. Enfermeira. Diretora da Faculdade de Enfermagem da UERJ. Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem UERJ- e-mail: norval.souza@yahoo.com.br. Tel: (21) 99994-4690

Pesquisadora responsável: Carolina Viegas de Mello. Enfermeira. Discente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da UERJ. Tel: (21) 99425-4451

Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Estadual de Cardiologia Aloysio de Castro –Rua David Campista, nº 326, 9º andar, Humaitá – Rio de Janeiro – RJ – Brasil CEP: 22.261-010, telefones: (21) 2332-8100, e-mail: cep@iecac.fs.rj.gov.br. Horário de funcionamento: de 2ª a 6ª feira, das 8:00 às 16:00h.

APÊNDICE C - Instrumento de Coleta de Dados (ICD)

Este instrumento refere-se à entrevista semiestruturada relativo à pesquisa *“Influências para a organização do trabalho dos enfermeiros e para a segurança do paciente”*, que têm como objetivos identificar a percepção dos enfermeiros das Unidades de Terapia Intensiva sobre a configuração da organização e condições de trabalho deste cenário, analisar as repercussões da configuração da organização do trabalho nas unidades cardiointensivas na saúde do trabalhador de enfermagem e discutir as repercussões da configuração da organização do trabalho para a segurança do paciente em terapia intensiva.

Dados de caracterização dos participantes:**Entrevista n°:** _____**Idade:** _____ (anos)**Sexo:** () Masculino () Feminino**Tempo de formado:** _____ ano(s)**Tempo de trabalho na UCI:** _____ ano(s)**Realizou curso de especialização:** () sim () não Qual? _____**Roteiro da Entrevista:**

- 1) Fale sobre seu cotidiano laboral na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI).
- 2) Fale sobre suas condições de trabalho na UCI.
- 3) Comente sobre a relação entre as características da organização do trabalho e a segurança do paciente.
- 4) Fale sobre a relação entre as condições de trabalho e a segurança do paciente.

APÊNDICE D - Tabela de Unidades de Significação

Tabela 1 - Unidades de Significação (continua)

Código US	Temas/ Unidades de Significação	Número de Unidades de Registro																									Nº total de UR nas entrevistas	% total de UR nas entrevistas	Nº de Entrada das URs	% nº de Entrada das Urs
		E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	E12	E13	E14	E15	E16	E17	E18	E19	E20	E21	E22	E23	E24	E25				
1	Domínio e organização da equipe são primordiais no cotidiano laboral	4	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	3	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	14	1,01%	9	2,28%
2	Prover materiais faz parte do cotidiano laboral	5	16	2	0	6	2	6	15	8	9	8	4	6	5	3	3	8	1	9	7	9	5	3	1	4	145	10,47%	25	6,35%
3	Prover medicamentos faz parte do cotidiano laboral	3	0	1	0	1	0	0	3	1	0	0	4	0	0	1	0	6	0	4	0	0	2	0	0	0	26	1,88%	10	2,54%
4	Preocupação quanto ao dimensionamento e déficit de pessoal fazem parte do cotidiano laboral	8	5	0	5	7	15	2	12	1	6	18	0	3	11	0	2	2	10	0	1	4	7	3	2	9	133	9,60%	21	5,33%
5	Refere a distribuição da escala como parte do cotidiano laboral	1	0	1	0	0	0	0	0	1	3	0	0	0	0	10	1	0	0	1	0	0	0	0	0	3	21	1,52%	8	2,03%

Tabela 1 - Unidades de Significação (continuação)

6	Relata precariedade dos equipamentos hospitalares e seus prejuízos	4	0	0	0	2	3	2	0	0	4	0	0	0	4	0	0	0	2	12	2	0	3	6	0	44	3,18%	10	2,54%	
7	Burocracia no cotidiano laboral	2	0	0	0	0	0	0	0	0	8	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	11	0,79%	3	0,76%	
8	Refere o aprazamento e prescrição de cuidados como atribuição do enfermeiro no cotidiano laboral	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	2	1	1	0	0	8	0,58%	7	1,78%	
9	Ratifica a importância das atribuições privativas do enfermeiro na UCI	2	0	1	0	1	0	0	0	0	3	0	3	0	0	0	1	0	0	1	11	2	0	0	0	25	1,81%	9	2,28%	
10	Refere alta carga de trabalho ao paciente de alta complexidade	3	1	1	1	9	15	4	1	0	7	2	2	16	0	1	1	0	0	3	0	0	0	1	1	5	74	5,34%	18	4,57%
11	Refere particularidades em relação as instituições públicas	4	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	7	0	0	0	4	19	1,37%	6	1,52%	
12	Refere condições de trabalho inadequadas prejudicando a segurança do paciente	0	0	0	0	2	0	0	6	0	0	0	0	2	2	2	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	17	1,23%	8	2,03%

Tabela 1 - Unidades de Significação (continuação)

13	Refere que a falta de insumos traz prejuízos ao trabalho e ao paciente	8	10	6	2	7	1	1	4	2	3	1	5	3	1	3	2	5	0	8	3	6	1	6	0	0	88	6,35%	23	5,84%
14	Relata cobranças e pressão no ambiente laboral	2	0	0	0	0	4	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	3	20	1,44%	5	1,27%
15	A influência do comprometimento profissional com a qualidade da assistência	4	0	1	1	0	2	0	2	8	4	1	0	0	9	2	0	0	0	4	0	4	0	1	0	2	45	3,25%	14	3,55%
16	Relata a necessidade de improvisação no ambiente laboral	1	0	0	1	3	1	0	4	0	3	6	0	0	0	0	0	4	2	1	0	1	2	0	0	29	2,09%	12	3,05%	
17	Refere sobrecarga laboral	1	0	0	3	1	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	1	2	4	1	0	1	0	0	1	4	22	1,59%	11	2,79%
18	Refere infecção cruzada por não uso de EPI	4	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	6	0,43%	3	0,76%
19	Refere dificuldade nas relações profissionais	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	0	0	0	0	0	0	0	8	0,58%	3	0,76%
20	Refere impotência do profissional de saúde frente as adversidades	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	6	2	0	0	0	0	0	12	0,87%	6	1,52%
21	Refere falhas na administração e no gerenciamento do serviço	1	0	0	0	15	3	1	0	0	3	0	0	11	2	0	0	1	13	0	0	0	0	0	0	1	51	3,68%	10	2,54%

Tabela 1 - Unidades de Significação (continuação)

44	Afirma que a qualidade da assistência está comprometida	0	0	0	1	0	0	0	8	1	4	4	1	0	1	1	0	5	1	0	0	0	4	8	2	3	44	3,18%	14	3,55%
45	Relata dificuldade nas relações multiprofissionais	0	0	0	0	0	0	0	8	0	2	0	0	2	0	0	0	1	4	1	0	5	0	9	1	0	33	2,38%	9	2,28%
46	Considera as condições de trabalho moderadas	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	7	0,51%	4	1,02%
47	Refere que o remanejamento se justifica pela característica generalista da Enfermagem	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	0,65%	2	0,51%
48	Aponta a Unidade de Terapia Intensiva como campo vasto de aprendizado	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0,29%	2	0,51%
49	Relata confiança e bom relacionamento com a equipe de trabalho	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	0	0	0	0	0	5	3	5	1	2	0	0	23	1,66%	6	1,52%
50	Refere relação conflituosa com a chefia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	0,72%	1	0,25%
51	Refere sofrimento no ambiente laboral	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	2	0	0	0	2	7	3	0	1	0	1	1	6	25	1,81%	9	2,28%
52	Relata ter sofrido racismo no ambiente laboral	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,07%	1	0,25%

Tabela 1 - Unidades de Significação (continuação)

62	Refere condições de trabalho inadequadas prejudicando a saúde do trabalhador (radiação; iluminação; temperatura; contaminação)	9	3	1	0	4	2	2	2	1	2	2	0	1	0	6	1	3	16	16	3	4	0	3	1	3	85	6,14%	21	5,33%
63	Afirma que a insalubridade é baixa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0,07%	1	0,25%
64	Relata pouca cobrança institucional por controle de infecção	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	4	0,29%	1	0,25%
65	Relata não existir uma referência para se reportar diante da situação de crise	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2	0,14%	1	0,25%
66	Refere resistência maior do servidor público em aderir certas condutas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	0	0	0	0	10	0,72%	1	0,25%
67	Relata falta de políticas de segurança do paciente na instituição	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	13	0	1	0	0	14	1,01%	2	0,51%
68	Relata pouca ou nenhuma segurança medicamentosa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	4	0,29%	1	0,25%

Tabela 1 - Unidades de Significação (conclusão)

69	Relata duplo ou múltiplos vínculos empregatícios dos funcionários	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	0	6	0,43%	1	0,25%
70	Aponta falta de reajuste salarial	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0,14%	1	0,25%
71	Aponta ausência de novos concursos públicos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0,07%	1	0,25%	
Total		69	38	28	24	76	57	38	84	25	76	48	29	117	41	24	23	66	115	85	36	116	25	51	33	61	1385	100,00%	394	100%

Fonte: A autora, 2019.

APÊNDICE E - Tabela de Categorização

Tabela 2 - Tabela de Categorização (continua)

TEMAS / UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO	Nº UR'S	% UR	CATEGORIAS	Nº UR/ CATEGORIA	% UR/ CATEGORIA
Prover materiais faz parte do cotidiano laboral	145	10,47	Categoria 1: Recursos materiais, pessoais e estruturais: condições primordiais para a segurança do paciente.	683	49,31
Prover medicamentos faz parte do cotidiano laboral	26	1,88			
Preocupação quanto ao dimensionamento e déficit de pessoal fazem parte do cotidiano laboral	133	9,60			
Relata precariedade dos equipamentos hospitalares e seus prejuízos	44	3,18			
Refere condições de trabalho inadequadas prejudicando a segurança do paciente	17	1,23			
Refere que a falta de insumos traz prejuízos ao trabalho e ao paciente	88	6,35			
Refere infecção cruzada por não uso de EPI	6	0,43			
Ratifica a importância do planejamento no cotidiano laboral	9	0,65			
Refere que o remanejamento de funcionários gera consequências para o trabalho e para o paciente	41	2,96			
Refere que as carências institucionais comprometem a qualidade da assistência	11	0,79			
Refere que um profissional estressado/cansado traz risco a segurança do paciente	20	1,44			
Afirma que a qualidade da assistência está comprometida	44	3,18			
Relata adequação na estrutura física do setor	3	0,22			
Relata pouca ou nenhuma segurança medicamentosa	4	0,29			
Considera as condições de trabalho moderadas	7	0,51			

Tabela 2 - Tabela de Categorização (continuação)

Refere condições de trabalho inadequadas prejudicando a saúde do trabalhador (radiação; iluminação; temperatura; contaminação)	85	6,14	.		
Domínio e organização da equipe são primordiais no cotidiano laboral	14	1,01	Categoria 2: Características da organização do trabalho: conflitos e equívocos que repercutem na segurança do paciente e trabalhadores	592	42,74
Refere a distribuição da escala como parte do cotidiano laboral	21	1,52			
Burocracia no cotidiano laboral	11	0,79			
Refere o aprazamento e prescrição de cuidados como atribuição do enfermeiro no cotidiano laboral	8	0,58			
Ratifica a importância das atribuições privativas do enfermeiro na UCI	25	1,81			
Refere alta carga de trabalho ao paciente de alta complexidade	74	5,34			
Refere particularidades em relação as instituições públicas	19	1,37			
Relata cobranças e pressão no ambiente laboral	20	1,44			
Relata a necessidade de improvisação no ambiente laboral	29	2,09			
Refere falhas na administração e no gerenciamento do serviço	51	3,68			
Refere que o trabalho na unidade de terapia intensiva como rotineiro	3	0,22			
Relaciona a crise atual do Estado como fato diretamente prejudicial a instituição e ao paciente	8	0,58			
Refere a padronização no trabalho como benefício no processo de trabalho	11	0,79			
Refere baixos salários na profissão de enfermeiro	1	0,07			
Refere consequências ergonômicas ao trabalhador relacionadas aos equipamentos	1	0,07			
O prolongamento da internação como fator negativo para a segurança do paciente	3	0,22			
Relata desvio da função de enfermeiro ou técnico de enfermagem devido ao déficit de funcionários	31	2,24			

Tabela 2 - Tabela de Categorização (continuação)

Refere qualidade na assistência ao paciente	6	0,43			
Afirma não haver relação entre condições de trabalho e segurança do paciente	1	0,07			
Afirma não caracterizar a sua unidade como cardiointensiva	1	0,07			
Relata ausência de educação permanente ou continuada	32	2,31			
Afirma maior gasto financeiro decorrente da improvisação	1	0,07			
Refere pertencer a um setor no qual não tem experiência por necessidade do serviço	2	0,14			
Relata altos índices de abstenetismo	6	0,43			
Relata dificuldade nas relações multiprofissionais	33	2,38			
Refere que o remanejamento se justifica pela característica generalista da Enfermagem	9	0,65			
Aponta a Unidade de Terapia Intensiva como campo vasto de aprendizado	4	0,29			
Relata confiança e bom relacionamento com a equipe de trabalho	23	1,66			
Refere relação conflituosa com a chefia	10	0,72			
Afirma satisfação com a escala de 24hx120h	12	0,87			
Afirma que as carências institucionais geram prejuízo a saúde do trabalhador	10	0,72			
Refere falhas nas condições de limpeza da unidade	1	0,07			
O enfermeiro como referência e mediador de conflitos na equipe	16	1,16			
Refere exercer função que não compete a profissão	16	1,16			
Refere que a instituição não oferece condições mínimas sanitárias e de conforto	9	0,65			
Afirma que a insalubridade é baixa	1	0,07			
Relata pouca cobrança institucional por controle de infecção	4	0,29			
Relata não existir uma referência para se reportar diante da situação de crise	2	0,14			

Tabela 2 - Tabela de Categorização (conclusão)

Refere resistência maior do servidor público em aderir certas condutas	10	0,72			
Relata falta de políticas de segurança do paciente na instituição	14	1,01			
Relata duplo ou múltiplos vínculos empregatícios dos funcionários	6	0,43			
Aponta falta de reajuste salarial	2	0,14			
Refere sobrecarga laboral	22	1,59			
Refere dificuldade nas relações profissionais	8	0,57			
Aponta ausência de novos concursos públicos	1	0,07			
A influência do comprometimento profissional com a qualidade da assistência	45	3,25	Categoria 3: Impactos na subjetividade dos enfermeiros decorrentes da organização e das condições de trabalho.	110	7,95
Refere impotência do profissional de saúde frente as adversidades	12	0,87			
Relata insatisfação profissional	2	0,14			
Relata falta de reconhecimento profissional	1	0,07			
Relata prazer no trabalho	14	1,01			
Relata desejo de evasão ou desistência do trabalho	1	0,07			
Refere sofrimento no ambiente laboral	25	1,81			
Relata ter sofrido racismo no ambiente laboral	1	0,08			
Relata ter sofrido perseguição religiosa no ambiente laboral	3	0,22			
Relata desgaste físico	6	0,43			
TOTAL	1385	100,00		1385	100,00

Fonte: A autora, 2019.

ANEXO A - Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa UERJ

UERJ - UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Gestão em saúde: influências para a organização do trabalho dos enfermeiros e para a segurança do paciente **Pesquisador:** Carolina Viegas de Mello **Área Temática:**

Versão: 2

CAAE: 06244819.5.0000.5282

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem da UERJ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.223.285

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa de Mestrado orientado pela Profª Dra. Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza, que tem como objeto de estudo a percepção dos enfermeiros sobre a organização do trabalho e suas repercussões para a segurança do paciente. Como questões norteadoras para realização da mesma, estão: a) Como se caracterizam a organização e as condições de trabalho de enfermeiros atuantes em uma Unidade de Terapia Intensiva de um hospital público estadual do Rio de Janeiro? b) Quais são os fatores relacionados à organização do trabalho e às condições laborais de uma Unidade de Terapia Intensiva, de um hospital público estadual do Rio de Janeiro, que interferem na segurança dos pacientes?

Objetivo da Pesquisa:

Identificar a percepção dos enfermeiros de uma Unidade de Terapia Intensiva sobre a configuração da organização e condições de trabalho deste cenário.

Objetivo Secundário:

Analisar a interferência da organização e das condições de trabalho de uma UTI para a segurança dos pacientes.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Há um risco mínimo a sua integridade psicofísica do participante, pois entende-se que ao discorrer sobre o assunto que traga desconforto e tensão, tal situação pode resultar em algum desgaste físico ou emocional.

Acredita-se que esta pesquisa será capaz de contribuir para propor melhorias na gestão da saúde no Estado do Rio de Janeiro, discutindo sobre a importância da responsabilidade fiscal e sua relação direta com os serviços de saúde e sobre a organização e condições de trabalho em hospitais públicos, em especial, nas Unidades de Terapia Intensiva; despertar a discussão a respeito da influência da gestão na organização do trabalho em saúde através da visão dos enfermeiros; proporcionar reflexão sobre as consequências para segurança do paciente no âmbito da assistência hospitalar, podendo acarretar em melhorias na qualidade da assistência prestada ao paciente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é importante, pois irá identificar sobre as condições de trabalho numa UTI na visão dos enfermeiros.

UERJ - UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;



Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto carimbada e assinada pela direção da Faculdade de Enfermagem da UERJ
Carta de anuência do Instituto Estadual de Cardiologia Aloysio Castro carimbada e assinada pelo diretor.

No projeto tem um instrumento que será aplicado numa entrevista estruturada.

Tem TCLE do responsável adequado.

Tem orçamento e cronograma.

Recomendações:

Recomenda-se que o cronograma seja adaptado com datas futuras.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Ante o exposto, a COEP deliberou pela aprovação do projeto, visto que não há implicações éticas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Faz-se necessário apresentar Relatório Anual - previsto para março de 2020. A COEP deverá ser informada de fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador apresentar justificativa, caso o projeto venha a ser interrompido e/ou os resultados não sejam publicados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionado:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1284808.pdf	25/02/2019 12:14:00		Aceito
Outros	carta_anuencia.pdf	25/02/2019 12:12:54	Carolina Viegas de Mello	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	17/01/2019 17:04:52	Carolina Viegas de Mello	Aceito
Outros	ICD.pdf	17/01/2019 16:55:21	Carolina Viegas de Mello	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	17/01/2019 16:55:00	Carolina Viegas de Mello	Aceito
Outros	declaracao_de_custos.pdf	17/01/2019 16:54:40	Carolina Viegas de Mello	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	17/01/2019 16:54:04	Carolina Viegas de Mello	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRostoPlataformaBrasil.pdf	16/01/2019 18:36:20	Carolina Viegas de Mello	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

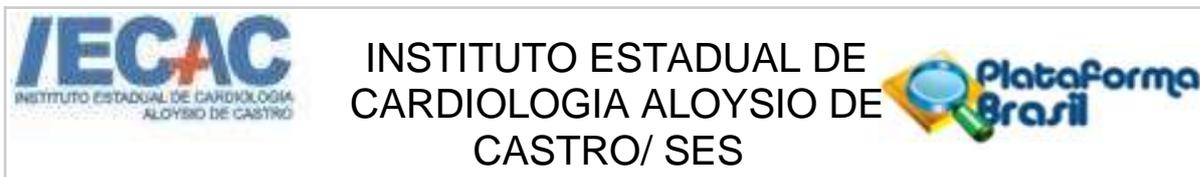
Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 26 de Março de 2019

Assinado por:
Patricia Fernandes Campos de Moraes

ANEXO B - Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa da instituição coparticipante

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Gestão em saúde: influências para a organização do trabalho dos enfermeiros e para a segurança do paciente **Pesquisador:** Carolina Viegas de Mello **Área Temática:**

Versão: 1**CAAE:** 06244819.5.3001.5265**Instituição Proponente:** Instituto Estadual de Cardiologia Aloysio de Castro/ SES**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio**DADOS DO PARECER****Número do Parecer:** 3.272.667**Apresentação do Projeto:**

Tema bastante relevante e já aprovado em outra instituição de ensino.

Objetivo da Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa de Mestrado, que tem como objeto de estudo a percepção dos enfermeiros sobre a organização do trabalho e suas repercussões para a segurança do paciente. Como questões norteadoras para realização da mesma, estão:a) Como se caracterizam a organização e as condições de trabalho de enfermeiros atuantes em uma Unidade de Terapia Intensiva de um hospital público estadual do Rio de Janeiro

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Relação risco benefício favorável ao estudo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Excelente relevância do tema abordado

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Não há

Recomendações:

Não há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências

Considerações Finais a critério do CEP:**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	carta_anuencia.pdf	25/02/2019 12:12:54	Carolina Viegas de Mello	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	17/01/2019 17:04:52	Carolina Viegas de Mello	Aceito

Endereço: Rua David Campista, 326 - 9º andar**Bairro:** Humaitá **CEP:** 22.260-010**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO**Telefone:** (21)2334-8100 **Fax:** (21)2334-8100 **E-mail:** cep@iecac.fundacaosaude.rj.gov.br



INSTITUTO ESTADUAL DE
CARDIOLOGIA ALOYSIO DE
CASTRO/ SES



Página 01 de 02

Outros	ICD.pdf	17/01/2019 16:55:21	Carolina Viegas de Mello	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	17/01/2019 16:55:00	Carolina Viegas de Mello	Aceito
Outros	declaracao_de_custos.pdf	17/01/2019 16:54:40	Carolina Viegas de Mello	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 18 de Abril de 2019

Assinado por:
Lílian Soares da Costa
(Coordenador(a))