

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO
CURSO DE MESTRADO EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Roberta de Araújo Lima

TENDÊNCIAS CONTEMPORÂNEAS DO TRABALHO EM SAÚDE E OS SEUS
EFEITOS NOS TRABALHADORES DAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA

Rio de Janeiro

2021

Roberta de Araújo Lima

TENDÊNCIAS CONTEMPORÂNEAS DO TRABALHO EM SAÚDE E OS SEUS
EFEITOS NOS TRABALHADORES DAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio como requisito para obtenção do título de Mestre em Educação Profissional em Saúde.

Orientadora: Márcia de Oliveira Teixeira.

Co-orientador: Raphael Mendonça Guimarães.

Rio de Janeiro

2021

Catálogo na Fonte

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Biblioteca Emília Bustamante

Marluce Antelo CRB-7 5234

Renata Azeredo CRB-7 5207

L732t Lima, Roberta de Araújo
Tendências contemporâneas do trabalho em saúde
e os seus efeitos nos trabalhadores das unidades
de terapia intensiva / Roberta de Araújo Lima. -
Rio de Janeiro, 2021.
108 f.

Orientadora: Márcia de Oliveira Teixeira
Coorientador: Raphael Mendonça Guimarães

Dissertação (Mestrado) - Fundação Oswaldo
Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim
Venâncio, Programa de Pós-graduação em Educação
Profissional em Saúde, 2021.

1. Trabalho. 2. Pessoal de Saúde. 3. Unidade de
Terapia Intensiva. 4. Mapa de Risco. I. Teixeira,
Márcia de Oliveira. II. Guimarães, Raphael
Mendonça. III. Título.

CDD 331

Roberta de Araújo Lima

TENDÊNCIAS CONTEMPORÂNEAS DO TRABALHO EM SAÚDE E OS SEUS
EFEITOS NOS TRABALHADORES DAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA

Dissertação apresentada ao Programa de
Mestrado Profissional em Educação
Profissional em Saúde da Escola Politécnica de
Saúde Joaquim Venâncio como requisito para
obtenção do título de Mestre em Educação
Profissional em Saúde.

Aprovada em 31/03/ 2021

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dra. Márcia de Oliveira Teixeira (EPSJV/ FIOCRUZ)

Prof. Dr. Raphael Mendonça Guimarães (EPSJV/ FIOCRUZ)

Prof. Dr. Marco Antônio Carvalho Santos (EPSJV/ FIOCRUZ)

Prof. Dr. José Roberto Franco Reis (COC/FIOCRUZ)

*Dedico este trabalho aos meus familiares;
aos trabalhadores da saúde, em especial, aos que atuam
diretamente na assistência aos pacientes graves, neste
período pandêmico, e a todos que acreditaram
em mim para a construção desta dissertação.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter me ajudado a chegar até aqui, sendo minha fonte de vida, força e sabedoria.

Aos meus pais, pelo apoio incondicional, em todas as etapas deste Mestrado.

Ao meu irmão, Wallace Pereira, por ter me ajudado na formatação deste trabalho.

À minha orientadora, Professora Dra. Márcia Teixeira, pela compreensão e dedicação em todos os momentos deste curso. Eu não tenho dúvidas de que a finalização deste trabalho só foi possível pela sua paciente orientação.

Ao meu co-orientador, Professor Dr. Raphael Mendonça, pelas contribuições e reflexões neste estudo.

À Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV), pela oportunidade de aprimorar conhecimentos por meio deste Mestrado.

Aos professores do curso da pós-graduação e aos funcionários da EPSJV, pela atenção, compreensão e apoio em todos os momentos do curso.

Aos Professores Drs. Marco Antônio Santos e José Roberto Reis por aceitarem gentilmente o convite para compor a banca examinadora.

Aos meu amigo José Enrique por todo apoio neste período e aos demais colegas da turma de 2018 do mestrado, pela cumplicidade e apoio nos momentos difíceis.

A todos que me incentivaram e tornaram possível a construção deste sonho.

RESUMO

O objetivo desta dissertação é analisar as tendências contemporâneas do trabalho em saúde no âmbito das Unidades de Terapia Intensiva (UTI). O ponto de partida para a realização deste estudo foi minha participação na Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) e na construção dos mapas de riscos (MR) ambientais na UTI na qual trabalho. A escolha da UTI deve-se em parte à carência de estudos sistemáticos sobre este espaço, mas, sobretudo, pela alta incorporação de tecnologia, pelas mudanças na organização do espaço que ela promove, bem como pelas mudanças nos protocolos de atendimento. A proposta, portanto, não é estudar essa UTI, tampouco o hospital ao qual ela pertence, mas pensá-la como representativa das formas de organização do trabalho e, principalmente, das tendências do trabalho em saúde nas UTIs. Utilizei informações do caderno de campo elaborado durante a participação na construção dos MRs como forma de registro pessoal da minha experiência. Este é um estudo qualitativo apoiado na pesquisa documental sobre a regulamentação do funcionamento das UTIs e na pesquisa bibliográfica sobre as tendências do trabalho contemporâneo, a caracterização do trabalho em saúde e os efeitos da intensificação e precarização das relações de trabalho na saúde do trabalhador. Buscou-se compreender como os rearranjos do mundo neoliberal influenciam o setor da saúde, especialmente as UTIs, e quais os seus efeitos para os trabalhadores. Foi possível concluir que as dimensões contemporâneas, apontadas pela literatura especializada do mundo do trabalho, repercutem diretamente nos trabalhadores em saúde nas UTIs, devido ao processo de precarização do trabalho, sua intensificação i(material) e pela precarização nas suas relações e vínculos.

Palavras-chave: trabalho, trabalho em saúde, mapas de riscos, organização do trabalho, unidade de terapia intensiva

ABSTRACT

The aim of this dissertation is to analyze contemporary trends in health work in hospitals, especially in Intensive Care Units (ICU), based on new forms of organization and management of health work. The starting point for this study was my participation in the Internal Accident Prevention Commission (CIPA) and in the construction of environmental risk maps (MR) in the ICU as well. The choice of the ICU is partly due to the lack of systematic studies about this subject, but mainly due to the high incorporation of technology, changes in the organization of the space it promotes and as changes in the care protocols as well. The purpose of this research is not to study the ICU, neither the hospital to which it belongs, but to think of it as representative of the forms of work organization and, mainly of the trends in health work as in the ICU. I used information from the field notes that I took, as a form of personal record of my experience, during the time that I participated in the preparation of the MRs. This is a qualitative study supported on documentary research on the regulation of the functioning of ICUs and on bibliographic research on trends in contemporary work, the characterization of the health work and the effects of the intensification and precariousness of labor relation on workers' health. The aim of the bibliographic research was to shed light on how the rearrangements of the neoliberal world influence the health sector, especially the ICUs, and what its effects are for workers. It was possible to conclude that the contemporary dimensions, pointed out by the specialized literature, of the world of work have a direct impact on the health workers in the ICU, due to the process of precarious work, the intensification of (material) labor and the precariousness of the relations at and links with work.

Key words: work, in health work, Risk Maps, work organization, Intensive Care Units

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACI	Accreditation Canada International
BVS	Biblioteca Virtual da Saúde
CCQs	Círculos de Controle de Qualidade
CIPA	Comissão Interna de Prevenção de Acidentes
CLT	Consolidação das leis do trabalho
CTI	Centro de Terapia Intensiva
CVC	Catéter vesical de demora
EC	Emenda Constitucional
EPI	Equipamento de Proteção Individual
EPSJV	Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio
EUA	Estados Unidos da América
FHC	Fernando Henrique Cardoso
GSA	Grupo semiautônomo
HIMSS	Healthcare Information and Management Systems Society
ISO	International Organization for Standardization
ISQua	International Society for Quality in Health Care
JCI	Joint Commission International
LILACS	Literatura Latinoamericana e do Caribe em Ciências da Saúde
MOI	Modelo Operário Italiano
Mrs	Mapa de Riscos
MS	Ministério da Saúde

MT	Ministério do Trabalho
NIAHO	Acreditação Nacional Integrada para Organizações de Saúde
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OHSAS 18001	Occupational Health and Safety Management Certification
ONA	Organização Nacional de Acreditação
OPEP	Organização dos Países Exportadores de Petróleo
OT	Organização do Trabalho
PAV	Pneumonia associada à Ventilação Mecânica
PJ	Pessoa Jurídica
PNSA	Política Nacional de Segurança do Paciente
RDC	Resolução de Diretoria Colegiada
SciELO	Scientif Eletronic Library Online
SGQ	Sistema de gestão de qualidade total
SUS	Sistema Único de Saúde
UHG	United Health Group
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
TS	Trabalho em saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 PROCEDIMENTOS E TÉCNICAS DE PESQUISA	13
2 TRABALHO E O TRABALHO EM SAÚDE DIANTE DO NEOLIBERALISMO	17
2.1 TRABALHO E AS SUAS TENDÊNCIAS NO MUNDO NEOLIBERAL.....	17
2.2 TRABALHO EM SAÚDE	27
3 TRABALHO, ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO E RISCOS NA UTI-ALPHA	32
3.1 CIPA E A SISTEMATIZAÇÃO DOS MAPAS DE RISCOS AMBIENTAIS EM UM CONTEXTO HOSPITALAR	39
3.2 PRINCIPAIS RISCOS AMBIENTAIS IDENTIFICADOS NA UTI-ALPHA	45
4 PRINCÍPIOS DA PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO EM UTI NA LÓGICA NEOLIBERAL	47
4.1 A DIMENSÃO SUBJETIVA DA PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO EM UTI	48
4.2 A DIMENSÃO OBJETIVA DA PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE A PARTIR DOS MOLDES DE GESTÃO	61
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	67
REFERÊNCIAS	72
ANEXOS	82

1 INTRODUÇÃO

O objetivo dessa dissertação é analisar as tendências contemporâneas do trabalho em saúde no âmbito das Unidades de Terapia Intensiva (UTI). O ponto de partida para a realização deste estudo foi minha participação na Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) e na construção dos Mapas de Riscos (MR) ambientais na UTI na qual trabalho. A escolha da UTI deve-se em parte à carência de estudos sistemáticos sobre este espaço, mas sobretudo pela alta incorporação de tecnologia, as mudanças na organização do espaço que ela promove, bem como pelas mudanças nos protocolos de atendimento. A proposta, portanto, não é estudar essa UTI, tampouco o hospital ao qual ela pertence, mas pensá-la como representativa das formas de organização do trabalho e, principalmente, das tendências do trabalho em saúde em UTIs. Utilizei informações do caderno de campo elaborado durante a participação na construção dos MRs, como forma de registro pessoal da minha experiência. A finalidade precípua deste trabalho tem relação direta com minha trajetória formativa e profissional na área de saúde.

Após a conclusão do curso de enfermagem, trabalhei em alguns hospitais públicos e privados, onde observei na prática as formas como o trabalho em saúde é organizado. Minhas atividades profissionais no ambiente hospitalar tiveram início em 2006 nas unidades de alta complexidade, especificamente na UTI. Em 2008, concluí uma especialização em *Atendimento e condutas de enfermagem no paciente crítico* e em 2012, finalizei a pós-graduação em *Enfermagem do trabalho*. Portanto, desde a minha formação até o momento, atuo no contexto de trabalho em unidades de alta complexidade.

Em 2015, comecei a trabalhar em um hospital federal, situado na zona norte do município do Rio de Janeiro, vinculado às Forças Armadas, onde continuei realizando atividades assistenciais de enfermagem em UTI. No ano de 2017, fui indicada para integrar a CIPA deste hospital. Logo, como membro da CIPA, participei do processo de construção dos MRs ambientais desta unidade hospitalar. Os membros da CIPA organizaram-se para realizar a sistematização dos MRs em todas as unidades intra-hospitalares, cabendo a mim a condução da realização deste mapa na UTI. Adiante farei uma descrição mais detalhada da CIPA e dos MRs, situando historicamente suas origens, seu modo de funcionamento no hospital em que trabalho. Por hora, me concentrarei nas relações entre a minha experiência de participação na CIPA, a busca pela pós-graduação e os objetivos dessa dissertação.

A participação na CIPA permitiu-me conhecer todos os setores e espaços de trabalho da unidade hospitalar a qual estava vinculada. E embora trabalhasse há cerca de dois anos no

hospital, conhecia apenas os setores diretamente associados à UTI. Como membro da CIPA, resolvi, então, criar um caderno individual de anotações e nele registrei as minhas impressões a partir das observações que obtive durante as visitas aos diferentes espaços, como também as informações recolhidas e compartilhadas com os demais membros dessa comissão.

Este registro e a experiência de percorrer os diversos espaços hospitalares, mas também de visitar o meu próprio espaço regular de trabalho, me permitiu olhar de outro modo para o meu próprio espaço e contexto de trabalho, no caso, a UTI do hospital.

As impressões que produzi somaram-se à minha experiência individual como enfermeira intensivista, resultando em um conjunto de questões sobre as mudanças nas formas de organização e gestão do trabalho em saúde. Já no mestrado em Educação Profissional em Saúde, da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV), ao travar contato com os textos e discussões presentes em sala de aula, compreendi que esses questionamentos estão diretamente associados às tendências contemporâneas do trabalho em saúde e as suas condicionalidades repercutem diretamente nos trabalhadores que realizam atividades laborais em UTI.

A partir da experiência na construção dos MRs na UTI, pude observar algumas limitações dessa ferramenta de saúde e segurança ocupacional. Entre outros pontos, destaco aqui sua fragmentação, ou seja, os MRs estabelecidos no Brasil pela Norma Trabalhista (NR) nº 5 limitavam-se apenas à dimensão técnica do trabalho, abordando os ambientes e os processos de trabalho. Diante disso, foi possível notar que questões acerca da dimensão social, como a forma de regulação de trabalho, acabavam sendo deixadas de lado.

A equipe da CIPA ao buscar uma fundamentação teórica na NR5 para realizar a construção dos MRs, evidenciou que em sua classificação dos grupos de riscos ambientais (físicos, químicos, biológicos, ergonômicos e acidentais) não se abordavam relações de vínculo empregatício e tampouco as hierárquicas de trabalho, embora os considerássemos como importantes fatores desencadeadores de riscos de adoecimento dentro da categoria social. Assim, os MRs ficam, de modo geral, restritos aos riscos normatizados e visíveis nos postos de trabalho e o elaborado pela equipe que integrei não foi exceção. Embora não seja o objetivo desse estudo realizar uma análise crítica acerca da NR5 e da sistematização de MRs nos setores de saúde, este apontamento foi o ponto de partida para compreender as múltiplas dimensões do trabalho em UTI.

Cabe mencionar que, durante as visitas dos membros da CIPA nos postos de trabalho, como também na UTI, a maioria das informações obtidas foi adquirida apenas em conversa com os gestores de todos os setores do referido hospital estudado. A participação dos

trabalhadores dos setores foi extremamente limitada, visto que o trabalho não era interrompido com a chegada da equipe da CIPA. Nesse contexto, Pires (2008) descreve que a reconfiguração do trabalho contemporâneo repercute diretamente no processo de precariedade do trabalho em saúde, pela superintensificação do trabalho, sobretudo no trabalho de característica imaterial, como no caso da UTI. Antunes (2015) acrescenta que as tendências contemporâneas do trabalho em saúde envolvem um conjunto de inovações tecnológicas e modificações nas formas de gestão e organização do trabalho, promovendo também a descentralização da produção. Assim, o principal móbil desta dissertação é compreender as reconfigurações desses processos descritos pela literatura em um espaço determinado: a UTI.

Confrontando minhas impressões como trabalhadora da saúde e membro da CIPA com as leituras realizadas ao longo das disciplinas utilizando a pesquisa bibliográfica, destaco as seguintes questões como norteadoras deste estudo:

- Como as tendências contemporâneas do trabalho em saúde se manifestam na organização do trabalho e do espaço de trabalho UTI?

- Quais são os principais efeitos destas tendências para os trabalhadores da UTI?

Na tentativa de respondê-las, reconhecendo, entretanto, os limites de uma dissertação de mestrado, o objetivo geral deste estudo é analisar as relações entre as tendências contemporâneas do trabalho em saúde e a organização do espaço e do trabalho em UTI. E, como objetivos específicos: a) Caracterizar as tendências contemporâneas do trabalho em saúde; b) Descrever o espaço e a organização do trabalho na UTI; c) Identificar a constituição da equipe de trabalho básica da UTI.

1.1 PROCEDIMENTOS E TÉCNICAS DE PESQUISA

A pesquisa que informa esta dissertação de mestrado profissional possui abordagem qualitativa e está apoiada em duas principais técnicas: pesquisa documental para fontes primárias e pesquisa bibliográfica. Ambas foram complementadas pelo que nomearemos doravante como Caderno de Campo, referenciado anteriormente, e cuja entrada será indicada como Lima (2017).

É importante retomar, antes da descrição dos procedimentos, a um ponto já mencionado. O objetivo não é fazer um estudo de caso de uma UTI determinada, tampouco do hospital ao qual ela está vinculada. Evidentemente, será necessário apresentar alguns elementos com o intuito de caracterizar o espaço UTI. Entretanto, é preciso deixar claro que tomamos o hospital e sua UTI como representativos das condições, das formas de

organização do trabalho e, principalmente, das tendências do trabalho em saúde, sobretudo, em UTI, até porque as UTIs destacam-se de outros setores hospitalares pela alta regulação. Logo, não há uma grande variabilidade na organização do espaço, jornadas de trabalho e perfil profissional. Por outro lado, o fato do hospital selecionado, que será melhor apresentado mais à frente, ser uma unidade de saúde federal, não é estranho ao ambiente do município do Rio de Janeiro, que conta com várias unidades federais com diferentes níveis de articulação com a rede municipal e estadual de saúde, característica frequentemente apontada pela literatura especializada. Antes de concluir este ponto e, em atenção às normas éticas de pesquisa, o hospital será designado ao longo do texto como Hospital-*Alpha* e a UTI, foco de nosso estudo, como UTI-*Alpha*.

A pesquisa documental foi realizada entre o segundo semestre de 2018 e o primeiro semestre de 2019. Ela consistiu na busca e análise da legislação que regula o funcionamento das UTIs e de dados da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) do referido hospital, contendo informações referentes ao quantitativo de funcionários da UTI, turnos, formação das equipes e organização de todo o serviço. As fontes pesquisadas foram encontradas no *site* da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, cujo referencial envolve o funcionamento da UTI no país e o uso de tecnologias neste espaço hospitalar.

A pesquisa bibliográfica concentrou-se em trabalhos que analisam tendências do trabalho contemporâneo, caracterização do trabalho em saúde, efeitos da intensificação e precarização das relações de trabalho na saúde do trabalhador. Uma das áreas de conhecimento privilegiadas foi a Sociologia do Trabalho a partir do referencial marxista. Realizou-se a consulta eletrônica de produções científico-acadêmicas já publicadas, como artigos científicos, dissertações e teses, disponibilizados na Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), na base de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e SCIELO (*Scientif Eletronic Library Online*), utilizando os seguintes descritores: trabalho, trabalho em saúde, mapas de riscos, organização do trabalho, unidade de terapia intensiva.

Além disso, realizei uma pesquisa bibliográfica priorizando estudos diretamente relacionados às modificações do mundo do trabalho, de autores como Antunes (2000, 2005, 2007 e 2015), Praun (2014 e 2015), Rosso (2005) e Pires (2000, 2008 e 2009). Foram consultadas também as normativas que regulamentam o trabalho em saúde e segurança do trabalho. Destaco a norma que regulamenta o trabalho em UTI e descreve seus principais aparatos tecnológicos que se encontra no anexo deste estudo. Dessa forma, a seleção do

material e as informações obtidas foram de fundamental importância para a consolidação do referencial teórico deste estudo.

Em relação às fontes bibliográficas, é importante observar que quando comparado ao volume de pesquisas sobre trabalho em saúde realizados em unidades de alta complexidade, o número de trabalho que se atém ao espaço UTI ainda é pequeno. Talvez pelas dificuldades inerentes ao espaço que, como será tratado mais adiante, é de circulação restrita e turnos de trabalho intensos e cansativos.

As anotações que foram sistematizadas por mim ao longo das visitas técnicas aos diferentes espaços hospitalares, durante a minha participação na CIPA, foram fundamentais para a construção da problemática, como mencionado acima. Portanto, a opção foi mantê-las na dissertação. Mas a decisão de utilizá-las tem outras motivações. Como eu conciliei a realização do mestrado com o trabalho, seria difícil, respeitados os prazos acadêmicos, desenhar um estudo de campo concentrado na UTI. Assim, espero deixar claro ao longo da dissertação que se trata de um espaço de circulação restrita, com muitos pacientes em estado grave ou inspirando cuidados. Logo, as jornadas de trabalho são longas e intensas. A participação na CIPA me permitiu avaliar as dificuldades para realizar entrevistas e/ou questionários com os trabalhadores da UTI no curto tempo que eu própria dispunha. Por outro lado, a determinação para que o trabalho não fosse interrompido durante as visitas da CIPA, indicaram que talvez o hospital não fosse totalmente receptivo à realização da pesquisa com trabalhadores da UTI. Diante disso, optamos por incorporar as minhas anotações como Cadernos de Campo.

A dissertação está estruturada em três capítulos, além da Introdução e Conclusão.

O primeiro capítulo traça um painel conceitual do trabalho no marco do capitalismo e de suas tendências mais contemporâneas, a exemplo do processo de precarização do trabalho a partir de arranjos neoliberais. Este painel é complementado por uma análise também conceitual do trabalho em saúde no contexto ampliado, destacando suas principais especificidades, como a imaterialidade do trabalho e as suas formas de organização e gestão. Destaco também outras características, como as determinações históricas da divisão social do trabalho em saúde e as principais “valises tecnológicas em saúde” e as suas interfaces. Este capítulo, portanto, cumpre também o papel de explicitar o quadro teórico utilizado.

O segundo capítulo foi amplo e extensamente baseado no caderno de campo e na pesquisa documental. Nele faço uma caracterização não exaustiva da unidade hospitalar *Alpha*, seguida de uma descrição mais minuciosa da UTI-*Alpha*. No capítulo, retomo a experiência de participação na CIPA e nos Mrs, fazendo uma breve contextualização histórica

e descrevendo com mais rigor, utilizando para tanto o Caderno de Campo, a sistemática de trabalho que me permitiu recolher impressões e, por fim, originou a pesquisa e a própria dissertação. Dentre outros pontos, o capítulo aborda como o trabalho é organizado na UTI-*Alpha*, o uso de alta tecnologia nas unidades intensivas, a intensificação do trabalho, as formas de gestão do trabalho, além de um mapeamento dos riscos à saúde dos trabalhadores de saúde em UTI existentes nesse determinado espaço de trabalho.

No último capítulo, o terceiro da dissertação, voltarei a utilizar observações anotadas em meu caderno de campo. No capítulo 3, procuro dialogar com os principais autores da Sociologia do Trabalho e aqueles dedicados ao debate do trabalho em saúde, que foram discutidos no Capítulo 1. O capítulo 3 está estruturado em torno de dois pontos: a precarização do trabalho nas formas de organização do trabalho em UTI e as formas de gestão do trabalho em saúde atualmente praticadas.

Por fim, dedico as últimas páginas às considerações finais. A dissertação traz ainda em anexo, a resolução nº 7, de 24 de fevereiro de 2010, que aborda os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva.

2 TRABALHO E O TRABALHO EM SAÚDE DIANTE DO NEOLIBERALISMO

2.1 TRABALHO E AS SUAS TENDÊNCIAS NO MUNDO NEOLIBERAL

Este capítulo tem como objetivo fazer uma revisão, com base na literatura, das principais tendências do trabalho no mundo neoliberal. Para tanto, considerou-se relevante realizar uma abordagem inicial acerca das potencialidades do trabalho, as suas determinações na lógica do processo de acumulação e as formas de precarização do trabalho em saúde manifestadas pela organização e gestão do trabalho.

O trabalho é uma categoria fundamental que acompanha o homem ao longo da história da humanidade, apresentando determinadas formas históricas nos distintos modos de produção da existência humana (FRIGOTTO, 2009). Diante disso, optou-se, neste capítulo, descrever as potencialidades do trabalho, realizando um breve recorte histórico acerca trabalho na sociedade capitalista, sobretudo o abordando no mundo contemporâneo.

A centralidade do trabalho tem como determinações universais a mediação consciente entre os homens e a natureza permitindo a autocriação humana, autorrealização, a liberdade, a reprodução social e o desenvolvimento das relações sociais. Estas características são definidas por Wunsch e Mendes (2015) como as potencialidades do trabalho.

A autocriação humana caracteriza-se na ação consciente do homem em projetar, criar alternativas e tomar decisões quanto ao seu trabalho. Esta consciência do homem em relação ao seu trabalho é que o determina como ser social, diferenciando-o do animal que é regulado e programado pela sua natureza, não modificando o meio, apenas se adaptando e respondendo aos seus estímulos (FRIGOTTO, 2009).

No que concerne à dimensão da autorrealização, o trabalho é central na vida do indivíduo como um importante ativador na realização de si mesmo. O trabalhador também é identificado como sujeito do conhecimento a respeito do seu próprio trabalho (ROCHA; SOUZA; TEIXEIRA, 2015). Cabe destacar que, pela atividade laboral, o homem também satisfaz as suas necessidades humanas. Concomitantemente, a atividade contribui para a liberdade, possibilitando o desenvolvimento de possibilidades, de novas habilidades e de representações do mundo. O trabalho consiste em “uma decisão consciente e concreta que se materializa em objetos de acordo com as possibilidades, as relações sociais e o poder de transformar o real” (WUNSCH; MENDES, 2015. p. 293). Outra característica envolve a relação do homem com a natureza, que implica uma interação no marco da própria sociedade, afetando os seus sujeitos e a sua organização (NETTO; BRAZ, 2008).

Diante disto, entende-se que as transformações ocorridas no modo de produção e nas relações de trabalho têm importância para a compreensão do movimento histórico que determina as relações entre os homens, sendo mediadas por aspectos econômicos, sociais, políticos e culturais em cada conjuntura histórica (DALLAGO, 2010). O autor ressalta que:

Em todas as sociedades, de uma forma ou de outra, possuem um modo de organização e produção hegemônica, com tensões diferenciadas e características próprias de cada contexto histórico... enquanto na sociedade primitiva a organização entre os homens se fundamentava na propriedade coletiva e nos laços de sangue, na sociedade que começou a dividir-se em classes, a propriedade passou a ser privada e os laços de sangue retrocederam diante do novo vínculo que a escravidão estabeleceu (DALLAGO, 2010, p.01).

Na sociedade capitalista, a organização do trabalho possui características particulares no modo de produção e na divisão do trabalho entre os homens. Nela, o trabalho fica subordinado à lógica do capital, caracterizando um padrão econômico em que a propriedade privada é detentora dos meios de produção, além de comandar as relações assalariadas de produção (PIRES, 2009). Assim, o trabalho desempenha o papel de uma mercadoria, que é adquirida através da remuneração firmada em contratos e regulada pelo mercado.

Santos (2018) recorre à obra de Marx (1988) descrevendo que diante dessa realidade, o trabalhador torna-se dependente da venda de sua força de trabalho, a fim de obter algum valor no mercado (comparado a qualquer mercadoria), realizando o valor de troca. Castro (2009) considera que as determinações do sistema capitalista de produção tornam o trabalho humano concreto (destinado a satisfazer as necessidades humanas) em trabalho humano abstrato, ou seja, criando o valor das mercadorias e realizando a efetivação de mais-valia.

Nesse modelo de produção, o trabalho apresenta algumas contradições frente às suas potencialidades. Tais contradições têm relação com a finalidade do capital, que consiste na “expropriação do trabalhador do controle do seu processo; o impedindo de ser livre e criativo, de disponibilizar o produto de seu trabalho, de ter autonomia em sua atividade e de se reconhecer como ser humano e de estabelecer relações sociais que permitam o seu desenvolvimento humano” (WUNSCH; MENDES, 2015. p. 301), tornando o trabalho alienado¹

Pires (2009) aponta que o capital utiliza de vários recursos para o controle da força de trabalho, efetuados na lógica da exploração, dentre eles: a extensão da jornada de trabalho ou redução da remuneração de trabalho, a intensificação do ritmo de trabalho envolvendo os processos de gestão e organização e a introdução de inovações tecnológicas.

¹ Deriva do termo “alienação” que, nos fundamentos teóricos de Marx diz respeito à falta de contato do trabalhador como o produto do trabalho. Dessa forma, o trabalho fica dividido, especializado, parcelado. E o trabalhador torna-se incapaz de reconhecer-se no produto final.

Abramides e Cabral (2003) ressaltam que esse conjunto de fatores para obter maior produtividade no trabalho tornou-se uma condição mais agravante a partir da crise do início dos anos de 1970, porque surgiram transformações econômicas e sociais associadas ao acirramento da concorrência no mundo capitalista e ao uso de novas tecnologias que favoreceram a formação de um novo processo de acumulação, sobretudo com o modelo flexível. A crise econômica incentivou os proprietários do capital a realizarem questionamentos acerca do papel do Estado, além de estimularem ao processo de defesa da abertura da economia, favorecendo um processo de reestruturação produtiva.

O processo de acumulação flexível é descrito por Pinto (2007) em seu livro “A organização do trabalho no século 20: Taylorismo, Fordismo e Toyotismo” a partir dos conceitos de Harvey, como:

...um confronto direto com a rigidez do fordismo, sendo apoiado pela flexibilidade dos mercados de trabalho, das relações de trabalho, dos mercados de consumo, das barreiras comerciais, do controle da iniciativa privada pelo Estado, além das transformações ocorridas pela esfera política (PINTO, 1992, p. 40).

Os termos Fordismo, Taylorismo e Toyotismo estão intimamente ligados à racionalização da produção através de métodos e técnicas de aferição de produtividade no trabalho.

Frederick Taylor, engenheiro norte americano, foi um dos idealizadores do modo de produção analisado cientificamente. Através da história da humanidade, o trabalho para se produzir determinado item útil para a vida cotidiana era feito por uma única pessoa ou, quando muito, pelo trabalho de algumas pessoas na mesma atividade. Com o advento de fábricas e a expansão industrial, novos métodos de trabalho foram aplicados. Observou-se que um homem fazendo todo o processo de criação, manipulação de matéria-prima e montagem do produto final demandava muito mais tempo do que o processo sendo realizado por vários homens. Ou seja, alguns homens trabalhariam na extração de matéria-prima, outros beneficiariam os materiais, outros montariam e todo o processo poderia ser multiplicado resultando em maior produção. Este novo processo otimizou o trabalho nas fábricas e, do ponto de vista de Taylor, as atividades poderiam ser medidas e aprimoradas, aumentando ainda mais a produção.

Para que todo o sistema funcionasse de maneira eficaz, concatenando as pequenas engrenagens de produção, a figura do gerente foi criada. Este cuidaria do trabalho de um pequeno grupo de trabalhadores em determinadas tarefas, interagindo com outros gerentes para que o produto final fosse produzido com eficiência. Porém, Taylor percebeu que a separação entre gerência e trabalhadores poderia gerar resistência por parte destes quanto às

ordens daqueles, visto que o conhecimento das técnicas e processos de trabalho por parte dos trabalhadores é muito maior. Então, baseado em observação empírica, criou métodos de medição de trabalho de forma que o tempo fosse otimizado, reduzindo períodos ociosos e improdutivos. Esta prática acentou o processo de alienação no trabalho, tornando o trabalhador comum mero repetidor de tarefas, enquanto o conhecimento técnico do todo, a concepção do produto final poderia ficar retido na gerência.

Henry Ford, engenheiro também norte americano, criador da marca Ford de veículos, seguiu a linha de pensamento de Taylor. Porém, observou a movimentação de trabalhadores no chão da fábrica. Basicamente, o trabalhador precisava dispor de alguma peça para montá-la em um veículo que ficava parado em um ponto do pátio. O deslocamento físico de vários trabalhadores para vários locais da fábrica a fim de buscarem peças para a montagem demandava energia por parte dos trabalhadores e tempo de deslocamento. Então Ford pensou que, se os trabalhadores não precisassem se deslocar, tendo uma quantidade de peças à disposição para montagem e o produto final fosse até eles, o tempo dispendido para produção poderia diminuir consideravelmente. Foi então criada a esteira de rolagem, processo utilizado até os dias atuais. Os carros “andam” em uma esteira e os trabalhadores apenas fazem as tarefas necessárias no estágio de montagem em que se encontram. Com isso, a quantidade de produtos finais aumentou, gerando mais vendas, menor custo, mais lucros e mais consumo. Este fator de consumo também foi pensado por Ford. Ele entendeu que o trabalhador não poderia ser apenas um mero montador de peças, mas poderia consumir o produto que era gerado pelo seu trabalho. Com isso, proporcionou aumentos salariais de forma que a capacidade de consumo de seus trabalhadores aumentasse.

O termo Toyotismo basicamente surge devido à reinvenção dos processos de produção, principalmente no setor automotivo, centrado na Toyota. A crise do petróleo dos anos 1970 trouxe grande instabilidade mundial. Muitas empresas não conseguiam mais trabalhar como até então trabalhavam e houve crescimento do setor especulativo graças às variações cambiais entre países e a disponibilidade de capital acumulado nos períodos anteriores. Uma das inovações da Toyota foi “exportar” do Japão para o mundo suas fábricas utilizando-se das estruturas locais (máquinas, equipamentos, instalações e mão-de-obra). A Toyota não deslocava equipamentos e materiais do Japão para o mundo, mas criava em outros pontos do planeta estruturas necessárias para a produção dos seus bens. Desta forma, um produto japonês poderia ser montado em outros países do mundo a custo menor e ser distribuído em outros continentes, otimizando a produção e a geração de divisas.

Pinto (2007) menciona ainda que estas transformações do mundo do trabalho tiveram repercussões no contexto macroeconômico em decorrência do aumento significativo dos preços do petróleo pela Organização dos Países Exportadores de Petróleo (OPEP) em 1973, como também pelas sucessivas valorizações e desvalorizações do dólar, que foram impostas pela EUA entre 1978 e 1985. Este período de instabilidade econômica gerou a crise de acumulação do capital, colocando fim ao período de bem-estar social².

Convergente com esta afirmação, Wunsch e Mendes (2015. p. 296) utilizam os pensamentos de Antunes (1999), ao apontarem que:

O rompimento deste “pacto Keynesiano” entre as forças sociais se deu, em boa medida, com o decréscimo da taxa de lucro, o aumento do preço da força de trabalho, as lutas pelo controle social da produção, o esgotamento do padrão de acumulação taylorista/fordista, o crescimento da esfera financeira e sua autonomia em relação ao capital produtivo, a ampliação da concentração de capitais a partir das fusões e a necessidade de retração dos gastos públicos diante da crise fiscal do Estado do Bem-Estar Social.

Outro ponto que se destacou após este período de instabilidade macroeconômica mundial diz respeito à hipertrofia do capital financeiro. Com isso, houve uma reconfiguração do processo de produção e o enfraquecimento dos investimentos produtivos industriais nos países capitalistas centrais (PINTO, 2007). Assim, surgem novos setores, recentes formas de fornecimento de serviços financeiros, novos mercados e, principalmente, altas taxas intensificadas de inovação comercial, tecnológica e organizacional, envolvendo rápidas mudanças dos padrões de desenvolvimento desigual tanto entre setores como entre regiões geográficas, havendo aumento do chamado “setor de serviços”, assim como conjuntos industriais completamente novos em regiões até então subdesenvolvidas (ANTUNES, 2015). O setor de serviços pode ser dividido em quatro categorias, identificados conforme a orientação da demanda, a saber:

a) Serviços Produtivos: utilizados pelas empresas durante o processo produtivo, atividades intermediárias por natureza (seguro, serviços bancários, serviços jurídicos, propaganda e publicidade, comunicação, corretagem); b) Serviços Distributivos: após completado o processo produtivo são as atividades de distribuição dos bens (transporte, comércio, armazenagem); c) Serviços Sociais: atividades prestadas à coletividade (educação, saúde, lazer, administração pública); e d) Serviços Pessoais: atividades prestadas aos indivíduos (hotelaria, restaurantes/bares, cabeleireiros, domésticos) (MELO, 1998, p.08).

Pires (2000) considera que o crescimento significativo no setor de serviços tem sido apontado como uma das características do processo de transformações no mundo do trabalho.

² Este padrão de desenvolvimento econômico disseminou-se principalmente em parte da Europa e outros países “desenvolvidos”, garantindo temporariamente a acumulação do capital e do poder político, sendo responsável por garantir o maior período de prosperidade econômica no modo de produção capitalista, após a Segunda Guerra Mundial.

Os serviços neste segmento diferenciam-se do primeiro e segundo setor da economia (agropecuária e indústria, respectivamente) pela circunstância de serem intangíveis, intransferíveis, não-estocáveis e apresentarem contato direto entre produtores e consumidores (MELO, 1998). Em consonância a esta autora, Oliveira (2011) acrescenta que a produção de serviço não resulta em um bem material ou durável, configurando a imaterialidade do trabalho.

Em outro estudo, Pires (2008), ao pesquisar o processo de reestruturação produtiva no Brasil, destacou que, nos anos 1990, houve uma diminuição dos trabalhadores nos setores agrícola, de 29,3% em 1981 para 22,8% em 1990, e industrial, de 24,7% em 1981 para 22,7% em 1990, enquanto houve aumento do setor terciário da economia, de 46% em 1981 para 54,5% em 1990³.

No setor de serviços, a subcategoria de serviços sociais destina-se ao uso coletivo, configurando os direitos sociais, incluindo o campo da saúde. Consideramos necessária uma breve descrição do trabalho em saúde (TS) a partir do estudo de Melo et al. (2017), na qual os autores apontam que as particularidades deste trabalho repercutem na “natureza e na dimensão das ações e dos procedimentos que são próprios; na articulação dos vários conhecimentos e habilidades inerentes à prestação de serviços; no uso de tecnologias e na organização do processo de trabalho” (MELO, 2017, p. 94). Pires (2008) descreve que os rearranjos do mundo do trabalho, influenciaram tanto o setor industrial, quanto o setor de serviços e o setor saúde, pelo uso intensivo de equipamentos de tecnologia de ponta e pela terceirização.

Antunes (2015) complementa os escritos de Pires (2008) considerando que o padrão de reestruturação produtiva fundamenta-se também pelo aumento da produtividade, eficiência, qualidade e pelas mudanças nos moldes de organização do trabalho. Para o autor, esta reformulação do capital também é caracterizada pelo trabalho em equipe e pela competitividade, em que o trabalhador regula seu trabalho e o trabalho dos seus colegas, influenciado pelas finalidades do capital que consiste em atingir metas, manter e aumentar os índices de produtividade, de desempenho e de monitoramento. Dentre as características citadas da empresa flexível, Antunes e Druck (2013) destacam outras características dominantes no universo empresarial:

- O surgimento do operário polivalente e o aumento da produtividade, fundamentados em um processo flexível que possibilita ao trabalhador operar ao mesmo

³ Nesta pesquisa foi utilizado como instrumento metodológico a Pesquisa Nacional de Amostra Domiciliar (PNAD).

tempo várias máquinas, de modo diferente da relação homem/máquina presente no taylorismo/fordismo. O quantitativo reduzido de trabalhadores é ampliado por meio de horas extras.

- A manutenção do estoque mínimo, baseado no método *just in time*⁴, objetivando o melhor aproveitamento possível do tempo de produção.
- A substituição dos produtos após a venda, de acordo com o método *kanban*⁵, utilização de senhas de comando para reposição de peças e estoque, visto que no toyotismo os estoques são menores que no fordismo.
- A utilização do ideário de qualidade total⁶, de forma que exija a participação do trabalhador dentro da ordem e o universo da empresa. Os círculos de qualidade total (CCQs) visam à melhoria da produtividade permitindo que as empresas utilizem o *savoir-faire* intelectual e cognitivo do trabalho.

Os impactos negativos da reestruturação produtiva no mundo do trabalho manifestam-se por meio da precarização e a desestruturação das relações clássicas de produção, de gerenciamento e de envolvimento de força de trabalho. Antunes (2015) aponta que as experiências da acumulação flexível trouxeram inúmeras consequências, em muitas direções, inclusive no que concerne aos direitos do trabalho, uma vez que eles são desregulamentados e flexibilizados.

Acerca das repercussões que sucederam às modificações do mundo do trabalho no cenário internacional, destacam-se: a redução do seguro desemprego, a perda da estabilidade no emprego, a desvalorização do poder de compra do salário mínimo, a flexibilidade salarial e da jornada de trabalho, a flexibilização das estruturas ocupacionais na negociação coletiva e a redução do poder da esfera pública sobre o processo de alocação do trabalho pelas empresas (MARTINS; MOLINARO, 2013), além da redução da quantidade de operários nas fábricas,

⁴ Terminologia fundamentada em uma forma de administração da produção industrial e de seus materiais, em que a matéria-prima e os estoques intermediários necessários ao processo produtivo são suprimidos no tempo certo e na quantidade certa. Assim, buscando alcançar o “estoque zero” (MUROFUSE, 2004).

⁵ Este termo tem referência ao sistema visual de informação utilizado para administrar *just in time* adotado no sistema da Toyota (MUROFUSE, 2004, p. 37).

⁶ Modelo de gestão fundamentado no comprometimento dos trabalhadores e na vivência de melhoria contínua dentro do “universo da empresa”, aumentando os patamares da qualidade e da produtividade, tem como foco a “contínua superação das expectativas de clientes internos e externos” (MUROFUSE, 2004, p. 37).

terceirização, subproletarização, estímulo ao trabalho precário e parcial ampliação do desemprego estrutural⁷, dentre outras consequências trabalhistas consideradas nocivas para a “classe-que-vive-do-trabalho”⁸(ANTUNES, 2000).

Antunes e Praun (2015), ao estudarem a obra de Harvey (1993), mencionam que no contexto brasileiro houve a vitória do neoliberalismo nos anos 1990, desenvolvendo-se assim, o processo de reestruturação produtiva no país, que se caracterizou pelas formas de exploração particulares cujos elementos foram advindos do fordismo (ainda presentes em vários setores produtivos), associados aos mecanismos próprios das formas de acumulação flexível, além do maior controle da força de trabalho.

O cenário brasileiro também vivencia as mutações do mundo do trabalho e suas consequências são manifestadas pelo processo de flexibilização do trabalho e pela condução ao desmonte dos direitos sociais. Estes dois fenômenos são elementos representativos no processo de precarização do trabalho no Brasil. Neste contexto, Pialarissi (2017), referenciada pela obra de Franco e Druck (2009), considera os tipos de precarização do trabalho no país: a) vulnerabilidades das formas de inserção e desigualdades sociais; b) intensificação e terceirização; c) insegurança e saúde no trabalho; perda das identidades individual e coletiva; d) fragilização da organização dos trabalhadores e e) condenação e o descarte do direito do trabalho.

Assim, a fim de contextualizar a temática deste estudo, cabe ressaltar que, no Brasil, a Constituição Federal de 1988 estabelece “a saúde como direito de todos e dever do Estado” e prescreve os seguintes direitos sociais (BRASIL, 1988):

Artigo 6^o: são direitos sociais: a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e a infância, a assistência aos desamparados (BRASIL, 1988)”.

“Art. 7^o São direitos dos trabalhadores urbanos e rurais, além de outros que visem à melhoria de sua condição social:

I - relação de emprego protegida contra despedida arbitrária ou sem justa causa, nos termos de lei complementar, que preverá indenização compensatória, dentre outros direitos;

II - seguro-desemprego, em caso de desemprego involuntário;

III - fundo de garantia do tempo de serviço;

⁷ O conceito de Desemprego Estrutural ou Tecnológico foi utilizado por Chahad (2004) e referenciado por Stefano e Nogueira (2006): “O padrão de desenvolvimento econômico adotado que exclui uma parcela dos trabalhadores no mercado de trabalho” (p. 04).

⁸ Termo descrito por Antunes (2010) que se refere à noção ampliada de classe trabalhadora: abrange tanto os trabalhadores produtivos que estão presentes na indústria, na agricultura e no setor de serviços, privatizados pela lógica dominante do capital financeiro, como também os trabalhadores assalariados improdutivos, estes não geram mais valia, no entanto, são importantes no processo de produção capitalista e apresentam situações parecidas com aquelas vividas pelos trabalhadores produtivos. Este autor acrescenta que todo trabalho produtivo tende a ser assalariado, não obstante, nem todo trabalhador assalariado é produtivo.

- IV - salário mínimo, fixado em lei, nacionalmente unificado, capaz de atender a suas necessidades vitais básicas e às de sua família com moradia, alimentação, educação, saúde, lazer, vestuário, higiene, transporte e previdência social, com reajustes periódicos que lhe preservem o poder aquisitivo, sendo vedada sua vinculação para qualquer fim;
- V - piso salarial proporcional à extensão e à complexidade do trabalho;
- VI - irredutibilidade do salário, salvo o disposto em convenção ou acordo coletivo;
- VII - garantia de salário, nunca inferior ao mínimo, para os que percebem remuneração variável;
- VIII - décimo terceiro salário com base na remuneração integral ou no valor da aposentadoria;
- IX - remuneração do trabalho noturno superior à do diurno;
- X - proteção do salário na forma da lei, constituindo crime sua retenção dolosa;
- XI - participação nos lucros, ou resultados, desvinculada da remuneração, e, excepcionalmente, participação na gestão da empresa, conforme definido em lei;
- XII - salário-família para os seus dependentes; (Revogado)
- XII - salário-família pago em razão do dependente do trabalhador de baixa renda nos termos da lei; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998)
- XIII - duração do trabalho normal não superior a oito horas diárias e quarenta e quatro semanais, facultada a compensação de horários e a redução da jornada, mediante acordo ou convenção coletiva de trabalho; (Vide Decreto-Lei nº 5.452, de 1943)
- XIV - jornada de seis horas para o trabalho realizado em turnos ininterruptos de revezamento, salvo negociação coletiva;
- XV - repouso semanal remunerado, preferencialmente aos domingos;
- XVI - remuneração do serviço extraordinário superior, no mínimo, em cinquenta por cento à do normal; (Vide Del 5.452, art. 59 § 1º)
- XVII - gozo de férias anuais remuneradas com, pelo menos, um terço a mais do que o salário normal;
- XVIII - licença à gestante, sem prejuízo do emprego e do salário, com a duração de cento e vinte dias;
- XIX - licença-paternidade, nos termos fixados em lei;
- XX - proteção do mercado de trabalho da mulher, mediante incentivos específicos, nos termos da lei;
- XXI - aviso prévio proporcional ao tempo de serviço, sendo no mínimo de trinta dias, nos termos da lei;
- XXII - redução dos riscos inerentes ao trabalho, por meio de normas de saúde, higiene e segurança;
- XXIII - adicional de remuneração para as atividades penosas, insalubres ou perigosas, na forma da lei;
- XXIV - aposentadoria;
- XXV - assistência gratuita aos filhos e dependentes desde o nascimento até seis anos de idade em creches e pré-escolas;
- (Revogado)
- XXV - assistência gratuita aos filhos e dependentes desde o nascimento até cinco anos de idade em creches e pré-escolas; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 53, de 2006)
- XXVI - reconhecimento das convenções e acordos coletivos de trabalho;
- XXVII - proteção em face da automação, na forma da lei;
- XXVIII - seguro contra acidentes de trabalho, a cargo do empregador, sem excluir a indenização a que este está obrigado, quando incorrer em dolo ou culpa;
- XXIX - ação, quanto a créditos resultantes das relações de trabalho, com prazo prescricional de: (Revogado)
- a) cinco anos para o trabalhador urbano, até o limite de dois anos após a extinção do contrato;
- (Revogado)
- b) até dois anos após a extinção do contrato, para o trabalhador rural;
- (Revogado)
- XXIX - ação, quanto aos créditos resultantes das relações de trabalho, com prazo prescricional de cinco anos para os trabalhadores urbanos e rurais, até o limite de

dois anos após a extinção do contrato de trabalho; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 28, de 2000)

a) (Revogada). (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 28, de 2000)

b) (Revogada). (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 28, de 2000)

XXX - proibição de diferença de salários, de exercício de funções e de critério de admissão por motivo de sexo, idade, cor ou estado civil;

XXXI - proibição de qualquer discriminação no tocante a salário e critérios de admissão do trabalhador portador de deficiência;

XXXII - proibição de distinção entre trabalho manual, técnico e intelectual ou entre os profissionais respectivos;

XXXIII (Revogado)

proibição de trabalho noturno, perigoso ou insalubre aos menores de dezoito e de qualquer trabalho a menores de quatorze anos, salvo na condição de aprendiz;

XXXIII - proibição de trabalho noturno, perigoso ou insalubre a menores de dezoito e de qualquer trabalho a menores de dezesseis anos, salvo na condição de aprendiz, a partir de quatorze anos; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998)

XXXIV - igualdade de direitos entre o trabalhador com vínculo empregatício permanente e o trabalhador avulso.

Os artigos acima foram citados a título de informação, pois a carta constitucional encontra-se sob ataque e pressões para mudança de vários destes artigos. As políticas neoliberais propiciam o desmonte de muitos destes direitos sociais citados, ancorando o processo de precarização do trabalho.

Para realizar a presente pesquisa, são descritas como as modificações do mundo do trabalho apresentam-se no setor saúde, de forma especial em um cenário de trabalho do setor de saúde, ainda pouco estudado, como a UTI. Estas mudanças do trabalho contemporâneo, nesses espaços, envolvem o aumento da precarização do trabalho que engloba tanto uma dimensão subjetiva - envolve diretamente a organização do trabalho -, quanto uma dimensão objetiva - quando se relaciona com a flexibilização de contratos de trabalho (PRAUN, 2014).

Antunes (2000) aponta que os novos arranjos da organização do trabalho são configurados por carga horária excessiva, controle rigoroso das atividades, ritmo de trabalho intenso, robotização de tarefas, expressiva necessidade de profissionais polivalentes e multifuncionais, uso intenso de equipamentos de alta tecnologia em saúde, além da utilização dos preceitos de qualidade total na dimensão do trabalho neste setor. Todas estas características condicionam o processo de adoecimento dos trabalhadores, pela maximização de mais-valia absoluta e relativa. No que concerne às formas de gestão do trabalho, Porto (2000) considera que as relações de trabalho de trabalhadores terceirizados, com vínculo temporário e ganho por produtividade, tendem à exposição a riscos mais graves.

Diante desta realidade, consideramos relevante contextualizarmos o trabalho em saúde no próximo capítulo, para adiante buscarmos compreender como essas modificações do

mundo do trabalho se reconfiguram no cenário produtivo contemporâneo nas unidades hospitalares, sobretudo em UTI.

2.2 TRABALHO EM SAÚDE

O intuito deste capítulo é aprofundar a discussão das especificidades do trabalho em saúde, para em seguida aprofundar a discussão para um espaço de trabalho em saúde pouco estudado no que envolve a Sociologia do Trabalho, no caso, a Unidade de Terapia Intensiva.

O Trabalho em Saúde (TS) está inserido no setor de serviços, sendo considerado uma esfera de produção não material que se completa no ato de sua realização. Embora o TS apresente características do processo de produção do setor terciário da economia, concomitantemente apresenta características próprias (PIRES, 2000).

Uma particularidade do trabalho em saúde refere-se ao produto, sendo este indissociável do processo que o produz, e considerada a própria realização da atividade (PIRES, 2009). O processo de trabalho se extingue no momento em que se conclui o produto (MARX, 2002). No caso da saúde, o produto final é a própria prestação da assistência ao usuário.

No TS, a transformação operada pelo trabalhador (força de trabalho) resulta em um produto imaterial que implica no adequado manejo de instrumentos de trabalho, tal qual proposto pela análise clássica de Marx. Peduzzi e Schraiber (2009, p.321) consideram os três elementos constitutivos do processo de trabalho em saúde: “1) a atividade adequada a um fim, isto é, o próprio trabalho; 2) o objeto de trabalho, ou seja, a matéria que se aplica o trabalho e 3) os instrumentos ou meios de trabalho”.

Merhy e Franco (2009) destacam que o TS é centrado principalmente no trabalho vivo em ato⁹ isso significa que o trabalho é realizado no momento exato da atividade produtiva, envolvendo a inter-relação social entre os profissionais de saúde e os usuários dos serviços a fim de atender às diversas necessidades que envolvem as práticas e ações em saúde. Lima (2016. p. 234) acrescenta que a natureza do TS é considerada um “trabalho intensivo”, em outras palavras, depende da realização do trabalho vivo. Merhy e Franco (2009), afirmam que o trabalho vivo interage continuamente com o trabalho morto, mediante ao uso de instrumentos, máquinas, normas e protocolos, configurando o processo de trabalho em saúde.

⁹ Neste estudo optamos pelo uso do termo “força de trabalho” para melhor entendimento das particularidades do trabalho em saúde.

Portanto, além da imaterialidade do produto, o processo de TS é sempre coletivo e implica no estabelecimento de diversas inter-relações entre trabalhadores para a consecução de suas finalidades. Desse modo, todos os trabalhadores exercem a construção do cuidado e utilizam-se do que Merhy e Franco (2009, p.429) designaram de valises tecnológicas, como:

- a) leves: tecnologias que envolvem as relações entre o profissional e o usuário; b) leve-duras: são meios de trabalho não-materiais, envolvem tecnologias que abrangem aos saberes profissionais, conhecimentos, habilidades que integram o processo de trabalho em saúde e c) duras: são meios de trabalho materiais que envolvem a utilização de ferramentas e estruturas físicas (equipamentos e instrumentos de trabalho).

Mendes Gonçalves (1992), ao estudar o processo de TS menciona que este se destina ao atendimento das necessidades humanas de saúde. Pires e Lunardi Filho (2008) corroboram, afirmando que a finalidade deste trabalho constitui a ação terapêutica, tendo como objeto: os indivíduos ou grupos doentes, sadios e expostos aos riscos, necessitando de preservação da saúde ou de prevenção de doenças e medidas curativas. Tais necessidades humanas variam conforme cada momento histórico e social, visto que seu objeto de intervenção é o homem em sociedade.

De forma sintética, Melo et al. (2017) consideram algumas características do trabalho em saúde, quanto a forma de organização e gestão do trabalho:

- Agrega distintas e diferentes ações, procedimentos e atividades;
- Heterogeneidade e variedade de características do processo e do produto (resultados);
- O produto (serviço) é desprovido de materialidade e tem amplo valor de uso manifestado em todos os momentos do processo, o que torna impossível sua circulação e utilização como mercadoria;
- Acontece sob a forma de fluxo contínuo no tempo e no espaço (propriedades de simultaneidade e de continuidade);
- O sujeito, e não os meios de produção é o elemento predominante; no processo de prestação de serviço é, em si, um produto de natureza interativa (relacional);
- A produção é centrada na essencialidade das pessoas pela interface do trabalhador com o demandante do serviço; o trabalho é fonte e faz uso intenso de dados e informações (MELO et al. 2017, p.96).

Entre os diversos locais onde o homem realiza suas atividades laborais, o trabalho em saúde nas instituições hospitalares contemporâneas, e em seu subsetor de alta complexidade – UTI¹⁰, o trabalho também é caracterizado como coletivo, tendo como finalidade, a assistência à saúde (como produto)¹¹. Todos os trabalhadores apresentam atividades diferenciadas

¹⁰ Selecionamos as características do trabalho em saúde, em unidades hospitalares, pela razão da temática deste estudo.

¹¹ A UTI é um setor típico da imaterialidade do trabalho (em saúde), tendo o seu produto final a prestação do cuidado ao usuário.

conforme suas categorias e especialidades. Assim, permite-se identificar produtos distintos que resultam na assistência a seres humanos, que são totalidades complexas (PIRES 2000).

De modo a ampliar o entendimento e a contextualização do tema, cabe descrever o conceito de “instituição hospitalar no capitalismo contemporâneo”, como nos afirma Murofuse (2004):

uma organização social de natureza complexa e vem passando por mudanças que acompanham a complexidade dos esquemas de financiamento do setor e a expansão dos mercados de administradoras de planos de saúde. Principalmente desde a implementação de políticas neoliberais, os hospitais passaram a ser tratados como qualquer outro empreendimento empresarial, onde a extração do lucro é a garantia da sobrevivência (MUROFUSE, 2004, p. 57).

As mudanças sócio-históricas no espaço hospitalar condensam transformações nas formas do trabalho em saúde. Até o século XVIII, a finalidade do hospital era de cunho essencialmente religioso; nesses espaços, somente os pobres eram atendidos. O objetivo dos hospitais era meramente a assistência espiritual referenciado à retenção dos pecados e salvação da alma, tanto de quem cuidava, quanto de quem era cuidado. A assistência à saúde era realizada nos hospitais por religiosos e por outros cuidadores. O principal local de atendimento à saúde era o domicílio do paciente. Com a decadência da ordem feudal e o surgimento do modo de produção capitalista, os hospitais passam a ser espaços terapêuticos e de formação de médicos (PIRES, 2008).

A partir de 1860, a enfermagem consolida-se como profissão, integrando o trabalho coletivo, em saúde, desenvolve-se com relativa autonomia em relação às demais profissões, mas subordinada às decisões médicas, organizando-se sob a égide da divisão parcelar ou pormenorizada do trabalho em saúde. Em seguida, nessa divisão do trabalho, somam-se nutricionistas e fisioterapeutas (PIRES, 2008).

As mudanças decorrentes de todo o processo de industrialização demandaram novas intervenções no campo da prática médica, fazendo com que o processo de trabalho atribuído somente ao médico fosse transformado em um campo de práticas que procurassem intervir no corpo doente, de forma coletiva, modificando de um ato profissional isolado para uma prática coletiva, configurando a valorização de novas profissões (BRAGA, 2000).

Em relação à divisão social e técnica do trabalho, entendemos que tal divisão é constituída por várias profissões do segmento da saúde, com diferentes qualificações trabalhando em equipe, dentre médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais, fonoaudiólogos, fisioterapeutas e outros técnicos e auxiliares, em um mesmo espaço laboral, por meio da interdisciplinaridade. Além dos profissionais que atuam diretamente na prática do cuidado em saúde, Pires e Lunardi Filho (2008) descrevem outros trabalhadores

que realizam atividades não específicas do TS, mas que são fundamentais para o funcionamento das instituições e de produção de material: segurança, cozinha, apoio técnico de engenharia, rouparia, limpeza, dentre outros, que podem ser consideradas atividades de apoio.

Merhy e Franco (2009) destacam que o modelo médico-hegemônico ainda é predominante nos hospitais, onde a distribuição do trabalho assistencial é dimensionada para concentrar o fluxo da assistência no profissional médico, denotando a divisão técnica do trabalho de quem planeja e de quem executa as ações de saúde e de assistência aos pacientes.

Braga (2000), ao utilizar em sua tese os escritos de Oliveira (1998), descreveu que uma das características da fragmentação do trabalho hospitalar evidencia-se pelo fato de que, na base da pirâmide, estão sempre os técnicos de enfermagem, realizando atividades rotineiras de cuidados diretos aos pacientes. No entanto, pode-se discordar desta autora por entendermos que o TS não existe sem a presença do trabalho simples, merecendo maior visibilidade. A autora ainda considera que essa hierarquização não ocorre somente entre profissões distintas, mas também ocorre pela diversidade de especializações na categoria médica, permitindo visões parciais sobre o paciente, enxergando somente o que lhe diz respeito, caracterizando também a fragmentação do trabalho nestes espaços.

É importante destacar que, apesar do trabalho simples e do trabalho complexo estarem presentes em qualquer sociedade, com o desenvolvimento do capitalismo, os trabalhos simples e complexos vão reconfigurando suas características, com base na divisão técnica do trabalho e na decorrente hierarquização das atividades do trabalhador coletivo. Tal reconfiguração está relacionada às necessidades do constante aumento da produtividade do processo de trabalho, às necessidades de conformação ético-políticas da força de trabalho e às mudanças nas relações sociais capitalistas (LIMA et al. 2009 *apud* LIMA, 2016).

Nesse aspecto, Ferreira e Mendes (2008) consideram que a divisão do trabalho – hierárquica, técnica e social – faz parte dos componentes da organização do trabalho em saúde, que pode ser conceituada como um conjunto de elementos prescritos formal ou informalmente, que expressam as concepções e as práticas de gestão de pessoas e do trabalho presentes no lócus de produção e que determinam o seu funcionamento.

Wunsch e Mendes (2015), ao estudarem as determinações históricas do trabalho, defendem o argumento que a potencialidade do trabalho sofre determinações da formação social conforme o período em que se encontra. O capitalismo, na contemporaneidade, vem efetuando transformações que alteram o sentido do trabalho. No contexto hospitalar, sobretudo em unidades especializadas, como em unidades críticas como a UTI, o trabalho

morto vem ampliando-se constantemente, modificando morfológicamente o sentido do trabalho pelo uso intensivo de sistemas especializados articulados a equipamentos e os requisitos profissionais necessários para que os trabalhadores da saúde realizem suas tarefas.

Este argumento pode ser complementado nos seguintes escritos:

... a reestruturação do capital, caracterizada pela introdução de novas tecnologias na produção, e pela precarização das relações de trabalho, intensifica a substituição de trabalho vivo por trabalho morto... (CEOLIN, 2014, p.250-251).

Os reflexos dos processos neoliberais são manifestados nas atuais formas de organização do trabalho em saúde, sendo manifestados pela expansão do trabalho precarizado, por meio da acentuada exploração da força de trabalho, como também pelo seu controle. Estes reflexos possuem relação direta com o processo de adoecimento dos trabalhadores, principalmente nos postos de trabalho (ANTUNES; PRAUN, 2015).

Rosso (2005) considera que os rearranjos do capitalismo contemporâneo causam uma acentuada exploração da classe trabalhadora, principalmente pela intensificação do trabalho imaterial (fenômeno típico do setor saúde). O autor também considera que esta relação entre a intensificação do trabalho imaterial imposto nas atividades contemporâneas provoca sérios danos à saúde dos trabalhadores. Estes problemas de saúde envolvem um perfil diferenciado, envolvendo dimensões cognitivas, emotivas, relacionais e sociais da pessoa do trabalhador e do grupo a que pertence.

Assim, como forma de proteção aos trabalhadores e promoção da saúde, utilizei como referência para este estudo a Normativa Trabalhista NR05, que discorre sobre os riscos ambientais a que os trabalhadores podem estar expostos, sobretudo em UTI, cuja representação envolve a construção dos mapas de riscos ambientais. No capítulo a seguir, após a descrição do hospital e principalmente da UTI - *Alpha*, recuperarei minha vivência na CIPA e no processo de construção dos MRs a partir das observações pessoais contidas em caderno de campo elaborado no período que eu participei da CIPA e do processo de sistematização dos MRs.

3 TRABALHO, ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO E RISCOS NA UTI-ALPHA

A partir da sistematização das minhas anotações pessoais que constituíram o caderno de campo, apresentado na Introdução, faço a seguir uma caracterização bastante geral do hospital-*Alpha*, mas suficiente para situar o ambiente de trabalho e cuidado no qual se insere a UTI-*Alpha*. Essa caracterização é complementada por uma descrição um pouco mais minuciosa da UTI-*Alpha* com considerações sobre a organização do trabalho (formas de ingresso, turnos e escalas de serviço), perfil e quantitativo de trabalhadores de saúde, além das principais tecnologias disponíveis.

O hospital-*Alpha* é uma unidade vinculada às Forças Armadas, localizado na zona norte do município do Rio de Janeiro. Foi fundado em 1980 e sofreu algumas reformas a partir de 2010, como a expansão do setor da emergência e modificações do centro cirúrgico. Classificado como hospital de grande porte e de alta complexidade, a equipe de trabalho é constituída por um grupo especializado de profissionais de saúde, que fazem uso de equipamentos de alta tecnologia, realizando atendimento desde o nível preventivo até o nível curativo de atenção à saúde.

O hospital em questão possui uma estrutura física com capacidade para até 209 internações, sendo redistribuídos em 153 leitos de internação clínica e cirúrgica, 28 leitos de unidade de queimados, 12 leitos no pronto socorro e 16 leitos na Unidade de Terapia Intensiva. Constituído dentro de um complexo arquitetônico de dois andares, a conexão de acesso entre os andares é por meio de rampas, já que não existem elevadores no hospital.

Sendo este hospital o único do comando militar específico para procedimentos cirúrgicos, nele são atendidos usuários de todo o território brasileiro para realização de cirurgias. Possui um centro cirúrgico próprio, com 8 salas cirúrgicas capacitadas para realizar qualquer tipo de cirurgia. Sobretudo, possui papel de destaque no atendimento de grandes cirurgias, como vasculares, cardíacas, torácicas, plásticas, neurocirúrgicas, ortopédicas, laparoscópicas avançadas e oncológicas. Também possui relevância no ensino, na pesquisa e atendimento de procedimentos hemodinâmicos. Possui um serviço próprio de fisioterapia e terapia ocupacional, ambulatórios com serviços especializados e serviço de medicina nuclear.

Em relação aos usuários, o hospital-*Alpha* atende exclusivamente militares e seus dependentes. De fato, o hospital é uma unidade de saúde cuja gestão e manutenção estão vinculadas diretamente ao comando militar. Isso tem impactos, como veremos a seguir, na forma de contratação e regime de regulação da força de trabalho.

No que diz respeito ao regime de contratação dos profissionais de saúde, o hospital possui trabalhadores com vínculos de trabalho regido pelo regime militar e civil (estatutário e regidos pela consolidação das leis de trabalho - CLT)¹².

No entanto, o vínculo militar engloba a maioria da força de trabalho do hospital, compreendendo militares de carreira e os militares sob regime de contratação temporária, ambos incorporados à política salarial e trabalhista do Governo Federal. As relações de trabalho de vínculo civil envolvem alguns servidores públicos vinculados ao Ministério da Defesa, sendo majoritariamente profissionais de nível médio, que compõem a equipe de enfermagem. Além destes, há prestadores de serviços regidos pela CLT, contratados por empresas terceirizadas que realizam os serviços de limpeza, hotelaria, rouparia, esterilização de materiais cirúrgicos e manutenção de equipamentos eletrônicos.

Em relação aos setores intra-hospitalares, a unidade de internação é dividida em quatro ambientes, ou seja, postos de internação, denominados postos A, B, C e D. Os postos A e B localizam-se no segundo andar do hospital, e os postos B e C, no subsolo do hospital, ao lado da UTI. Geralmente, os postos A e B são direcionados aos pacientes cujas afecções são de clínica médica, advindos da emergência, como também dos outros setores. Os postos C e D são clínica cirúrgica, destinados aos usuários de pré e pós-operatórios. No entanto, há casos em que esta rotina de ocupação nos setores de internação não ocorre devido à superlotação da taxa de ocupação, dificultando a redistribuição dos leitos clínicos e cirúrgicos.

O pronto socorro situa-se no primeiro andar do hospital, ao lado do centro cirúrgico. Sua organização envolve a classificação de risco, o setor de hipodermia, consultórios médicos, posto de enfermagem e sala de gesso, e consultórios específicos para atendimentos de ortopedia, comportando 12 leitos, sendo 8 leitos pertencentes ao repouso e 4 leitos da sala de trauma. A sala de trauma presta assistência mais comumente aos pacientes cujas demandas são de clínica geral e cirúrgica, como ortopedia, traumatologia, oncologia, cardiologia, vascular, infectologia, nefrologia, neurologia e neurocirurgia. O fluxo da porta de entrada do setor de emergência direciona-se ao setor de classificação de risco, setor de trauma e emergência ortopédica. Em 2020, foi construída uma tenda externa ao setor de emergência, devido ao período pandêmico, para atendimento dos casos de pacientes suspeitos e confirmados de COVID 19.

¹² O dispositivo legal que permitiu essa forma de contrato será abordado no capítulo 4 deste estudo.

O dispositivo legal que permitiu essa forma de contrato será

O Centro de Tratamento de Queimados (CTQ) localiza-se em um espaço ao lado da emergência e, além do atendimento aos pacientes grandes queimados, este setor também se destina aos atendimentos de pacientes vítimas de exposições química, biológica, radiológica e nuclear. Este setor serviu como referência ao atendimento de vítimas de ataques químicos durante os jogos Olímpicos e Paralímpicos em 2016. Recentemente, o CTQ é o polo para atendimento aos pacientes com casos graves de COVID 19, devido à localização isolada e ao seu arcabouço tecnológico composto de quartos individuais, possuindo um sistema de pressão negativa, responsável por sugar o ar contaminado que passa por um sistema de filtragem antes de ser eliminado. Além de possuir um centro próprio de tratamento de resíduos, concebido para tratar os resíduos biológicos, garantindo destino seguro do efluente gerado.

Neste hospital, há apenas uma UTI geral, exatamente a UTI-*Alpha*, selecionada por mim por ser representativa da organização e dos processos e relações de trabalho presentes em uma UTI. A UTI-*Alpha* está localizada no subsolo do hospital, destinada ao atendimento de pacientes adultos criticamente enfermos. Recuperando dados e informações do meu caderno de campo, passaremos, a seguir, a descrição das principais categorias profissionais envolvidas, as formas como o trabalho é organizado, os seus recursos tecnológicos, carga horária, jornadas e força de trabalho. Citaremos também as formas de contratos de trabalho.

A estrutura física da UTI-*Alpha* é composta de uma área externa, de recepção dos familiares dos pacientes internados, e uma área interna, de circulação restrita e controlada que possui as seguintes subdivisões: área administrativa, com secretaria, salas de coordenação de serviço de enfermagem e médica, sala de repouso dos trabalhadores vinculados à UTI, uma área assistencial composta de farmácia, sala de equipamentos, sala de preparo de medicamentos, sala de discussão dos casos clínicos, posto de enfermagem, copa, expurgos e os leitos de internação.

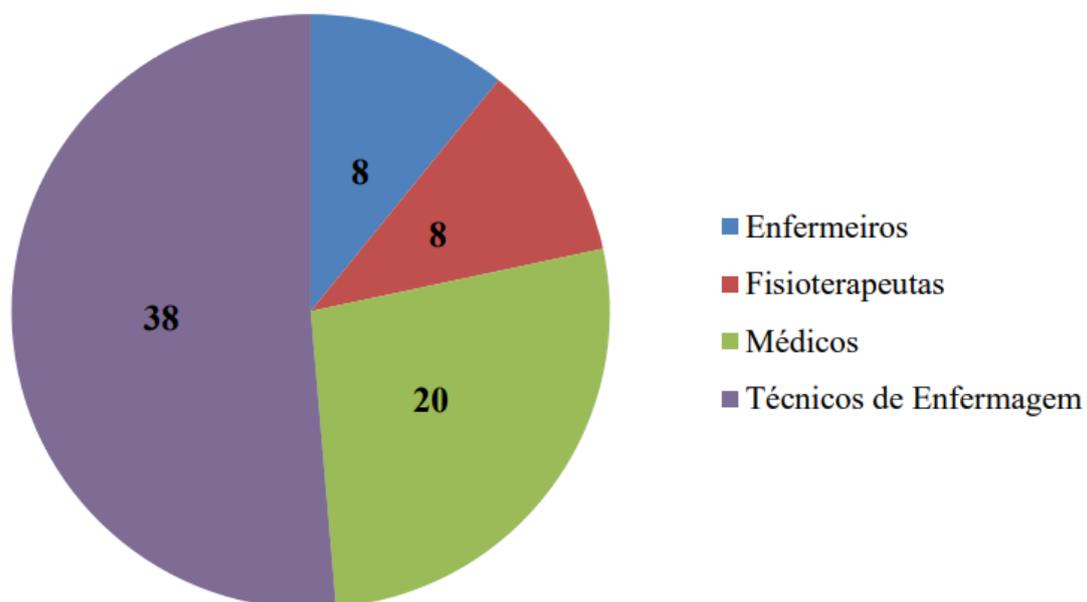
O setor de internação possui 16 leitos para atendimento de alta complexidade, onde se admite, na maioria dos casos, os pacientes que são submetidos às cirurgias mais complexas, no pós-operatório imediato (primeiras 24 horas após o procedimento cirúrgico). No entanto, há admissões também provenientes da emergência, das enfermarias, do setor de hemodinâmica, e em algumas situações, de outras instituições (públicas e privadas) do Rio de Janeiro e demais estados do Brasil. Além destes, o setor possui mais 2 leitos anexos para admissão de pacientes que serão submetidos à hemodiálise, visto que o hospital-*Alpha* não possui uma unidade específica para realização de tratamento dialítico.

O posto de enfermagem da UTI, também conhecido como “ilha”, encontra-se no centro da UTI, permitindo uma ampla visualização de todos os leitos. Todos os leitos são

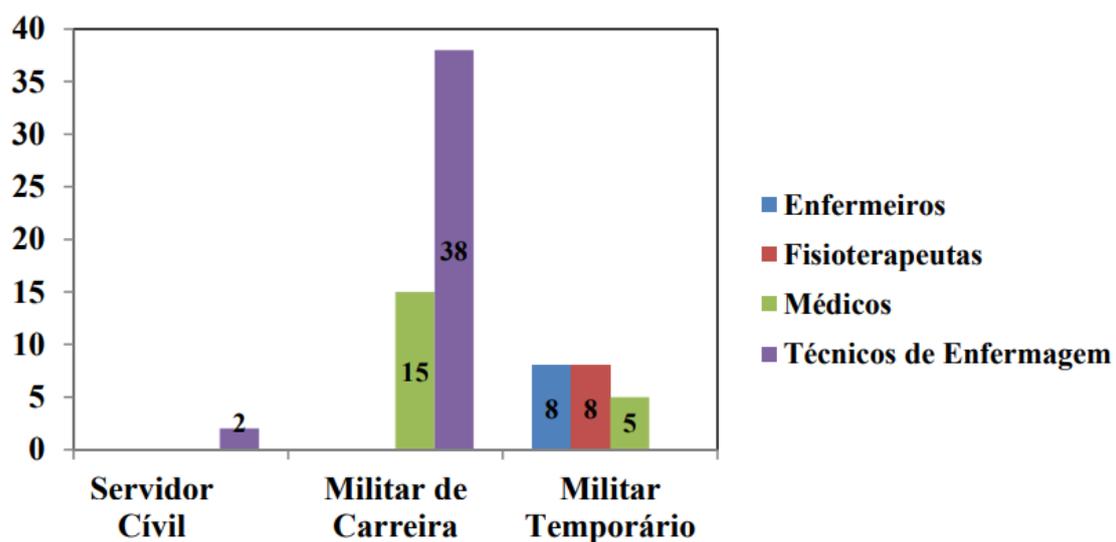
individualizados e, no seu interior, há um arsenal de equipamentos tecnológicos com toda a estrutura necessária para recuperação e reabilitação de pacientes graves. Cada leito (Box) possui os seguintes recursos materiais: monitores multiparamétricos (que são conectados a cabos que são instalados no paciente por meio de dispositivos cuja tecnologia mensuram principalmente a temperatura corporal, frequência cardíaca, frequência respiratória, pressão arterial invasiva e não invasiva, pressão venosa central, pressão de oxigênio arterial e pressão parcial de dióxido de carbono por capnógrafo), ventiladores mecânicos, bombas de infusão medicamentosa e de dieta enteral e camas automáticas. Outros equipamentos como aparelhos de glicemia capilar, estetoscópio e ambu também são individualizados no interior de cada leito, objetivando a prevenção e controle de infecções hospitalares. Outras inovações tecnológicas são utilizadas no paciente grave conforme a necessidade clínica, como monitores específicos de monitorização minimamente invasiva para controle de débito cardíaco, utilização de balão intra-aórtico (BIA) e de marcapasso transvenoso. No setor há dois carros de parada cardiorespiratória, máquinas para realização de hemodiálise, aparelho de radiografia e de gasometria arterial.

Os trabalhadores vinculados à UTI- *Alpha* estão organizados em dois grupos: equipe fixa e equipe satélite. A equipe fixa é constituída pelos trabalhadores que atuam diretamente à beira leito: a) a equipe médica (plantonistas, médicos rotina e da chefia); b) equipe de enfermagem (enfermeiros plantonistas, enfermeiro coordenador do setor e técnicos de enfermagem diaristas e plantonistas); c) equipe de fisioterapia (plantonistas e chefia). Os trabalhadores da equipe fixa são normalmente designados por intensivistas (gráficos 1 e 2). A equipe satélite da UTI é composta principalmente por nutricionistas, farmacêuticos, médicos assistentes, maqueiros, técnicos de laboratório, de radiologia e de hemoterapia, que frequentemente vão à UTI, participam dos processos assistenciais junto à equipe fixa, mas não são lotados no setor. Existe uma inter-relação das equipes por meio da união de conhecimentos, habilidades e experiências tendo como objetivo atender as necessidades dos pacientes graves. A constituição da equipe básica será descrita nos gráficos¹³ a seguir.

¹³ Estes dois gráficos referem-se às informações aproximadas do ano de 2017, quando a equipe da CIPA fez as visitas nos setores intra-hospitalares. A equipe da CIPA das gestões anteriores não recolhia estas informações descritas, por não achá-las relevantes. Consideramos isto um equívoco, visto que o hospital possui força de trabalho regida por relações de trabalho e regras de trabalho totalmente diferentes, havendo na literatura, estudos que analisam os prejuízos disso para a gestão e funcionamento da equipe de saúde.

Gráfico 1 - Constituição da Equipe Básica da UTI *Alpha*

Fonte: LIMA, 2017.

Gráfico 2 - Constituição da Equipe por Vínculo de Trabalho da UTI *Alpha*

Fonte: LIMA, 2017.

Os trabalhadores da equipe fixa da UTI-*Alpha* estão sempre passando por processo de educação em serviço, sobretudo quando uma nova tecnologia é incorporada pelo setor, vindo a substituir a anterior. Os treinamentos relacionados aos equipamentos são fornecidos, inicialmente, pelo fabricante. Como também há treinamentos fornecidos pelos próprios profissionais de saúde aos novos trabalhadores que são inseridos no setor.

É importante assinalar que a aprendizagem correta do manuseio dos equipamentos é fundamental, poderíamos mesmo dizer que é imperativa ao cuidado em saúde prestado em uma UTI. Cada equipamento fornece uma infinidade de parâmetros e alguns permitem distintas configurações. Mas os dados precisam ser corretamente interpretados pela equipe. E aqui observo alguns pontos importantes para pensar tanto na formação em serviço efetuada quanto no seu entrelaçamento com a divisão de trabalho e a hierarquia que ainda governa a organização do trabalho nas UTIs. O treinamento no uso dos equipamentos é realizado no próprio horário de trabalho. Seria, aliás, mais adequado dizer que, de fato, embora usualmente, as unidades hospitalares falem em educação ou capacitação, é um treinamento. Por outro lado, embora ocorra o treinamento dos trabalhadores, ele é restrito e fragmentado ao uso de uma tecnologia incorporada por um equipamento. A fragmentação também se manifesta quando olhamos os trabalhadores. O técnico de enfermagem e o enfermeiro manipulam as bombas de infusão e os monitores à beira leito. O fisioterapeuta manipula o ventilador mecânico, assim como o médico e o enfermeiro. O médico manipula a fonte geradora da fonte de marcapasso e o console do BIA. Assim, no momento do treinamento, cada perfil profissional será treinado na operação do equipamento que lhe compete.

Ainda no tocante às formas e práticas de treinamento em serviços encontrados na UTI-*Alpha*, está o treinamento para trabalhadores que ingressam na unidade. Geralmente, antes de assumirem a escala de serviço, os novos trabalhadores passam por um prévio treinamento, para que estes conheçam as rotinas do setor. Os treinamentos são bastante restritos pela necessidade urgente de inserção de profissionais na escala de trabalho. Na prática, ao entrarem na escala de serviço, os outros trabalhadores, com mais experiência, vão treinando os recém chegados. A forma de inserção na UTI-*Alpha* me leva a abordar os vínculos destes trabalhadores com o hospital-*Alpha*.

A maioria dos trabalhadores de saúde que ingressa na UTI-*Alpha* possui vínculo de trabalho militar, entre efetivos e temporários, apresentando as mesmas jornadas de trabalho. Na equipe de enfermagem, os oficiais enfermeiros são militares temporários, em sua maioria, e quando chegam para assumir o serviço na UTI, já possuem experiência comprovada em outras instituições hospitalares. Assim também ocorre com os oficiais fisioterapeutas. Em

relação aos graduados¹⁴ - técnicos de enfermagem – as formas de ingresso advêm da escola de formação militar: terminam o curso técnico de enfermagem e normalmente nunca trabalharam em outros hospitais, chegando à UTI sem nenhuma ou somente com a pouca experiência de estágios. Quanto aos médicos, que são oficiais, o ingresso na carreira se dá tanto por escola de formação militar quanto por vínculos temporários.

Uma especificidade da UTI-*Alpha* em relação aos demais setores do hospital é o fato de não contar com trabalhadores de saúde civis regidos pela CLT na constituição de sua equipe fixa. Somente os funcionários de serviços gerais são civis e terceirizados por uma empresa contratada pelo hospital.

Os profissionais de saúde deste setor cumprem jornadas de trabalho de quarenta horas semanais, divididas em escalas de turnos diurnos e noturnos, cada turno equivalente a doze horas de plantão (das 7 às 19h e das 19 às 7h, respectivamente), além das complementações individuais de carga horária. O intervalo de descanso de um plantão para o outro pode variar conforme cada categoria profissional e de acordo com a necessidade da taxa de ocupação do setor. Alguns profissionais realizam sequencialmente até dois turnos, ou seja, vinte e quatro horas de plantão. Os funcionários diaristas também realizam complementações de carga horária, se necessário.

Paralelamente à escala de turnos da UTI, as equipes médica e de enfermagem concorrem a outras escalas em regime de produtividade, como: 1) em situações de acionamento de transporte extra-hospitalar de pacientes críticos, tanto remoção terrestre, quanto remoção aérea em todas as regiões do país; 2) escala de sobreaviso, nos casos de afastamentos médicos ou outras intercorrências; 3) escala de remanejamento para outros setores. Além destas, adiciona-se a escala de representações militares, como por exemplo formaturas, comissões administrativas e escala do hospital de campanha.

Em cada turno de trabalho, cada grupo profissional realiza a subdivisão quanto ao dimensionamento dos cuidados prestados aos pacientes gravemente enfermos. Cada plantão inclui uma equipe composta minimamente por um enfermeiro plantonista, seis técnicos de enfermagem, dois médicos intensivistas, um médico residente, um fisioterapeuta (no plantão noturno responde pelo atendimento em todo o hospital) e dois funcionários da limpeza (no plantão noturno há apenas um funcionário). De segunda à sexta-feira, incorporam-se dois médicos rotina, um coordenador médico, um coordenador de enfermagem e dois técnicos de

¹⁴ No jargão militar, o termo “graduado” diz respeito ao pessoal do quadro de sargentos e suboficiais. No hospital havia graduados temporários em outros setores. E embora estes geralmente tivessem experiência profissional comprovada, naquele momento não atuavam na UTI.

enfermagem responsáveis pelo preparo de medicações e organização de materiais, respectivamente. Na equipe de enfermagem, de forma específica, os técnicos de enfermagem, além de participarem da escala de dimensionamento de pessoal diária, compõem também uma subdivisão de escala referente à realização de hemodiálise dos pacientes internados na UTI e dos que necessitem de terapêutica dialítica oriundos de outros setores hospitalares, demarcando a polivalência¹⁵ e a multifuncionalidade das práticas assistenciais de cuidados, reforçando também a associação entre o aumento do uso de alta tecnologia e a intensificação do trabalho.

3.1 CIPA E A SISTEMATIZAÇÃO DOS MAPAS DE RISCOS AMBIENTAIS EM UM CONTEXTO HOSPITALAR

Para atender aos objetivos desta dissertação e complementar a descrição da UTI-*Alpha*, sobretudo no tocante à sua organização e aos seus processos, farei uma breve incursão no mapeamento realizado pela CIPA visando à elaboração do Mapa de Risco. Utilizarei para tanto, as minhas anotações pessoais. Portanto, o texto abaixo foi construído a partir de minhas anotações pessoais em meu caderno de campo, formado durante as visitas que fiz a diferentes setores, conforme explicitado na Introdução. Assim, esta seção, mais do que qualquer outra, retrata minha vivência na CIPA, no processo de construção dos MRs. Ainda assim, considere necessário apresentar uma imagem de um MRs, construído a partir de outra UTI, localizada em outro hospital, apenas para elucidar em que consiste o mapa e porque sua elaboração implica na realização de um mapeamento exaustivo do espaço e seu uso. Em seguida, considere necessário ainda descrever os principais riscos ambientais presentes na UTI. Mas, antes é preciso explicar em que consiste uma CIPA e como ela e a concepção de mapa de risco surgiram historicamente.

Como marco histórico, o mapa de riscos ambientais é fundamentado no Modelo Operário Italiano (MOI), que englobou a dimensão política de ação do trabalhador na defesa dos seus direitos, consolidando-se como um instrumento de luta operária pelo controle dos ambientes de trabalho no final da década de 1960 e início da década de 1970. O MOI tinha quatro premissas: a formação de grupos homogêneos, ou seja, um grupo de trabalhadores

¹⁵ Murofuse (2004, p. 38) ao estudar a obra de Machado (1992), descreve que a polivalência consiste em *um trabalho mais variado com a possibilidade de administração de tempo pelo trabalhador, não implicando, necessariamente, em mudanças qualitativas das tarefas. Representando apenas uma racionalização formalista com fins instrumentais*. Para Murofuse (2004) a polivalência nada tem a ver com a intelectualização do trabalho, ainda que se trabalhe com tecnologias mais complexas.

expostos aos fatores de riscos semelhantes; a valorização da percepção do risco pelo trabalhador; a validação consensual (as decisões em relação à melhoria das condições de trabalho eram discutidas e aprovadas pelos trabalhadores) e a não-delegação de poder aos técnicos de saúde e segurança para decidirem acerca das mudanças nas condições de trabalho (MATTOS, FREITAS, 1994; HÖKERBERG, et al. 2006).

O MR é uma representação gráfica de um grupo de fatores nos espaços laborais que podem gerar prejuízos à saúde do trabalhador, cujos elementos advêm do processo de trabalho: “materiais, equipamentos, instalações, suprimentos e nos espaços onde ocorrem as transformações”, e também pela forma como o trabalho é organizado: “arranjo físico, ritmo de trabalho, turnos de trabalho, posturas de trabalho, dentre outros” (MATTOS; FREITAS, 1994, p. 251).

No Brasil, o marco legal que originou o processo de elaboração dos MRs foi a Portaria nº 05 instituída em 18/08/1992, do antigo Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), tornando obrigatório para todas as empresas do país que tenham CIPA, tenham também os MRs, delegando àquela comissão esta atribuição. A Portaria nº 05 foi alterada pela de número 25, de 1994. Esta, por sua vez, descreve as etapas de elaboração dos MRs. Em 1999, a Portaria nº 08, substituiu a anterior, retirando do corpo do texto o passo a passo para a construção dos MRs (TEIXEIRA; VALLE, 2010).

A CIPA é um importante instrumento na defesa da saúde dos trabalhadores, nos locais de trabalho, tendo como foco a prevenção de acidentes do trabalho e as condições do ambiente de trabalho. Esta comissão tem como principal dever tentar assegurar o bem-estar dos funcionários, propiciando que todos trabalhem em boas condições, sem risco de acidentes (AIRES; SALGADO; NETO, 2013). Todas as funções da CIPA visam tornar compatível a relação do trabalho com a preservação da vida e, ainda, a promoção da saúde do trabalhador. Dentre as principais atividades da CIPA, destacamos: identificar os riscos decorrentes do processo de trabalho, divulgar aos trabalhadores informações referentes à segurança e à saúde no trabalho, requisitar ao empregador e analisar as informações sobre questões que tenham causado dano à segurança e à saúde dos trabalhadores, além da elaboração dos MRs ambientais em todos os setores de trabalho. A CIPA¹⁶ tem como objetivo preservar a saúde e

16

A CIPA teve início durante o processo da revolução industrial no final do século XVIII na Europa, quando se tornou evidente a necessidade da criação de comitês de segurança nas fábricas, mantendo uma relação entre o empregado e o empregador com o objetivo de prevenir acidentes. Em 1921, a Organização Internacional do Trabalho (OIT) recomendou a criação de comitês de segurança aos estabelecimentos industriais em razão dos abusos cometidos no processo da produção em massa, crescendo a partir disto a preocupação com a temática de segurança da saúde dos trabalhadores (MAIA, et al., 2014). Mendes e Dias (1991) chamam a atenção para os avanços dos movimentos sociais que serviram com um ponto de partida

a integridade física dos trabalhadores e de todos aqueles que interagem com a empresa. Cabe a esta comissão a elaboração dos MRs. Estes mapas são representações gráficas de um conjunto de fatores de riscos ambientais que estão presentes nos postos de trabalho, decorrentes do processo de trabalho e da forma como este é organizado, capazes de ocasionar prejuízos à saúde do trabalhador¹⁷ (BRASIL, 1992).

A elaboração de MRs pode ser realizada junto de outras metodologias. No caso dos setores de saúde, eu e os demais membros da CIPA utilizamos como referência a NR 32 que regulamenta “a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral” (BRASIL, 2005).

De acordo com a norma regulamentadora (NR) nº 5 que trata de assuntos inerentes à CIPA no país, a organização desta comissão engloba representantes do empregador e dos empregados. Os representantes dos empregadores, titulares e suplentes serão designados pelo próprio empregador. Os representantes dos empregados, titulares e suplentes serão eleitos por eleição secreta, com a participação dos empregados interessados, sindicalizados ou não (BRASIL, 1994). No entanto, no ambiente descrito, a formação da comissão foi efetivada sem processo eleitoral formal como preconiza a legislação trabalhista já que todos os integrantes foram selecionados pelo empregador. O número de membros da CIPA depende do número total de trabalhadores da instituição e do ramo de atividade da empresa, conforme o

para maior participação dos trabalhadores nas questões de saúde. Como reflexo de todas estas manifestações, novas políticas sociais tornaram-se leis. Como referência, o caso da Itália, em que foi criado o “Estatuto dos Trabalhadores” por meio da lei número 300 de 1970, cujas premissas tiveram como fundamento: a não delegação da saúde ao Estado, a não monetização do risco, a validação do saber operário, a realização de estudos, as investigações independentes, o acompanhamento da fiscalização e a melhoria das condições e dos ambientes de trabalho. No cenário Brasileiro, Bristot (2019) referenciado pelos estudos de Zocchio (1980) descreve que a CIPA foi à primeira manifestação preventiva relativa a acidentes de trabalho no país. Tendo como marco o decreto de lei de n. 7036, de 1944, objetivando ser um instrumento legal para que as organizações trabalhistas promovessem aos seus trabalhadores um local de trabalho seguro e saudável. Atualmente, a norma regulamentadora de n.05 determina a obrigatoriedade da constituição e a manutenção do funcionamento das CIPAs em empresas privadas e públicas e em qualquer organização trabalhista que esteja sob amparo da consolidação das leis do trabalho (CLT) a fim de garantir os direitos à saúde do trabalhador prevista na Constituição Federal (BRASIL, 1994). Entre as funções da CIPA, destaco a identificação dos riscos que possam causar prejuízos a saúde dos trabalhadores. Nesta comissão, os riscos decorrentes do ambiente de trabalho mais comumente identificados são: físicos, químicos, ergonômicos, biológicos e acidentais. No entanto, Porto (2000) considera que a saúde dos trabalhadores é muito mais abrangente que os riscos visíveis presentes nos postos de trabalho. Para o autor, os riscos a saúde dos trabalhadores envolve o trabalho enquanto uma categoria social, com suas múltiplas determinações. Ele acrescenta que os riscos estão inseridos em processos particulares de trabalho, com organizações do trabalho e formas de gerenciamento próprias. Logo, a análise dos riscos a saúde dos trabalhadores deve levar em consideração todos estes fatores.

¹⁷ A lei n. 8.080 que regula o Sistema Único de Saúde (SUS) e que define a saúde do trabalhador como: conjunto de atividades “(...) das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho” (BRASIL, 1990).

agrupamento de setores econômicos pela classificação nacional de atividades econômicas (PORTO, 2000). Os cipeiros¹⁸ dedicavam-se aos serviços da CIPA, com uma carga horária além da que é dedicada às suas atividades comumente realizadas nos setores.

A CIPA, enquanto estrutura administrativa formal, estava prevista e indicada no organograma do hospital, atendendo as determinações na NR 05 do extinto Ministério do Trabalho, que declara obrigatoriedade desta comissão por lei, nas empresas que possuam um mínimo de empregados regidos por CLT. No entanto, até o ano de 2017, esta comissão formalmente implantada na unidade não funcionou plenamente. Este hospital, entre os anos de 2017 e 2018 passou por um processo de certificação de qualidade. Dessa maneira, a estruturação da CIPA, como também a construção dos MRs, seria um dos pré-requisitos de segurança nos ambientes de trabalho para dar continuidade a esse processo.

Os cipeiros realizaram um estudo preliminar objetivando a coleta de informações sobre o gerenciamento da segurança e da saúde dos trabalhadores no hospital. Assim foi identificado que a maioria dos setores não possuía MR. Embora estes mapas estivessem presentes em alguns setores, os mesmos encontravam-se desatualizados devido a algumas reformas estruturais realizadas. Por conseguinte, as atividades da gestão da CIPA consistiam em identificar os riscos dos acidentes de trabalho, realizar visitas nos locais de trabalho e realizar também a elaboração dos mapas de riscos ambientais. Posteriormente, a comissão deveria sistematizar um plano de trabalho, com a participação do maior número de trabalhadores, para ouvir as suas queixas mais comuns no que envolve a saúde no ambiente de trabalho. Os membros da CIPA enfrentaram algumas dificuldades no processo de sistematização dos MRs, dentre as quais, pode-se destacar a inexistência de capacitação dos membros envolvidos e a ausência de um roteiro específico para dar seguimento ao processo de construção de MRs nos setores. Como ponto de partida, os integrantes da CIPA utilizaram as orientações sucintas descritas na NR 05, que abordavam qual a função das CIPAs, e no Anexo IV da antiga Portaria nº 25/1994, que descrevia as etapas de elaboração dos MRs, mas de maneira bem sucinta. Como auxílio, foi direcionado também pela NR 32, que regula as medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores nos serviços de saúde (BRASIL, 2005) e pela NR 09, que se refere ao programa de prevenção de riscos ambientais (BRASIL, 2009).

Para a consecução do trabalho da CIPA, foram realizadas visitas técnicas em todos os setores do hospital, a fim de mapear os riscos ambientais aos quais os profissionais poderiam

¹⁸ Membro participante da CIPA que atua preventivamente contra as condições de risco, nos postos de trabalho.

Membro participante da CIPA que atua preventivamente contra as

estar expostos. Por eu ser trabalhadora da UTI e por conhecer a organização do trabalho, fiquei com a atribuição de realizar o MRs neste setor, com mais dois integrantes da CIPA. Assim, a UTI foi objeto desta dissertação.

A realização das visitas técnicas na UTI, por sua vez, teve como escopo investigar as relações saúde-trabalho de forma mais específica, identificar os riscos ambientais que poderiam causar prejuízos à saúde dos trabalhadores. Foram realizadas três visitas pelos membros da CIPA neste setor envolvendo as seguintes etapas: 1) o levantamento dos equipamentos, insumos e instalações físicas da UTI; 2) identificação das atividades e dos profissionais; 3) a elaboração da representação gráfica.

Na primeira etapa, a comissão realizou uma visita técnica na UTI, durante a qual fizemos um levantamento descritivo de todos os equipamentos, instrumentos e insumos disponíveis para uso, verificamos o funcionamento dos fluxos do processo de trabalho, dos equipamentos para descarte de resíduos e das saídas de emergência. Foram avaliadas também a validade e localização dos extintores de incêndio e demais equipamentos de segurança. De posse da planta baixa, também fizemos um levantamento do mapeamento de riscos das instalações físicas, sobretudo as que envolviam as medidas de higiene e lazer dos funcionários, como no local de alimentação, bebedouros, banheiros, vestiários, armários e área de descanso, além de verificarmos também a disposição de equipamentos e leitos. Em relação aos leitos, destacamos que, embora o setor admitisse pacientes com doenças de transmissão respiratória, os boxes não possuíam medidas coletivas de isolamento respiratório, cabendo ao profissional de saúde, nesses casos, somente equipamentos de proteção individual (EPI).

A segunda parte da visita foi dedicada ao levantamento das tarefas realizadas por cada trabalhador do setor e a frequência de sua realização. O levantamento também envolveu a descrição dos níveis de atenção e responsabilidade envolvidos com a execução da atividade, as jornadas de trabalho, os turnos e os esquemas de revezamento de turnos.

A CIPA também reuniu informações e realizou descrição das equipes de trabalho, com o levantamento de informações acerca do número de trabalhadores e o seu perfil, como sexo, idade, nível de escolaridade, tempo de serviço no setor e treinamentos profissionais de segurança e de saúde. Todos os detalhamentos destas informações foram descritos pelos gestores do setor, já que o trabalho não era interrompido com a chegada dos cipeiros. Sendo assim, não foram ouvidas as queixas mais frequentes dos trabalhadores da UTI. Dessa forma buscou-se um trabalho em conjunto com a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) do hospital, a fim de se obterem mais informações acerca das questões de saúde,

principalmente dos indicadores de saúde, como tipos de acidentes de trabalho que já aconteceram no grupo de profissionais, o diagnóstico das eventuais doenças de caráter ocupacional e a análise das causas que levavam ao absenteísmo e às licenças do trabalho.

Posteriormente, foram realizadas a identificação dos fatores de riscos ambientais e a identificação das medidas preventivas existentes, como as medidas de proteção coletiva, medidas de organização do trabalho e medidas de proteção individual. Após o levantamento de todas as informações citadas acerca do processo de trabalho e da sua organização, foi realizada a terceira etapa da construção dos MRs que se materializou pela confecção da representação gráfica do próprio mapa, elaborado a partir da planta baixa do setor que foi obtido pelo setor de engenharia hospitalar. Nessa fase, os MRs foram construídos utilizando como referência às recomendações da NR 05, que descreve a construção de círculos (pequeno, médio e grande) conforme a gravidade do risco; como também a classificação dos grupos de riscos ambientais representada por padronização das seguintes cores: grupo 1 - riscos físicos - representado pela cor verde; grupo 2 - riscos químicos – vermelho; grupo 3 – riscos biológicos – marrom; grupo 4 - ergonômicos – amarelo; e grupo 5 – riscos de acidentes – azul. Em seguida, o MRs foi fixado no posto de trabalho para visualização de todos os trabalhadores.

Os integrantes da CIPA que participaram da construção dos MRs ambientais na UTI emitiram um relatório que foi encaminhado à direção do hospital, sugerindo recomendações de melhorias neste setor, dentre as melhorias, podemos destacar: a necessidade de implementação de medidas de proteção coletiva (como instalação de filtro HEPA com pressão negativa), a necessidade de treinamentos em medidas de prevenção e controle dos riscos nos postos de trabalho com participação do maior número de trabalhadores, como também o aumento de recursos humanos e, principalmente, foi apontada a importância de uma nova visita exploratória pela CIPA, para conhecer mais minuciosamente o setor e ouvir a percepção dos trabalhadores diante da organização do seu trabalho. Porque, embora a legislação que aborde a CIPA e os MRs preconize que a construção de MRs deverá contar com a maior participação de trabalhadores do setor junto aos membros da CIPA, esta questão na prática foi extremamente limitada, uma vez que, durante as visitas, as atividades de trabalho não eram interrompidas.

Como não foi disponibilizado o MRs do hospital em questão em função da observância do anonimato, considerou-se relevante para este estudo, apresentar um MRs. Assim, mostrarei a seguir, o MRs de outra UTI vinculada a um hospital federal, localizado em Mato Grosso do Sul, que em linhas gerais é muito similar a grande parte das UTIs

Em meu caderno de campo (LIMA, 2017) listei os riscos aos quais os trabalhadores da UTI-*Alpha* e, de modo geral, de todas as UTIs, são expostos cotidianamente. Faço uma transcrição a seguir acrescentando que todos eles são alvos de estudos e há farta literatura disponível. Ao longo do texto cito alguns dos autores consultados por mim.

As atividades laborais envolvem o contato habitual do trabalhador de saúde com sangue, secreções e materiais contaminados expondo-o diariamente aos riscos biológicos (DUARTE; MAURO, 2010).

Entre os riscos físicos, destaca-se mais comumente a existência de ruídos intermitentes que estão presentes nestas unidades fechadas, são barulhos decorrentes dos alarmes das bombas infusoras, nos ventiladores mecânicos, nos monitores, dentre outros aparelhos (TAVARES et al. 2013).

Os riscos químicos envolvem a manipulação de produtos utilizados nos processos de desinfecção de materiais e de preparo de determinados medicamentos. No que tange aos riscos acidentais, merecem maior destaque os acidentes dos profissionais de saúde com materiais perfurocortantes decorrentes dos procedimentos invasivos realizados no setor. Dentre os riscos ergonômicos em UTI que envolvem a intensificação da força de trabalho, citamos os aspectos biomecânicos, que pode ser exemplificados na exigência de posturas inadequadas em movimentos durante banho no leito e mudança de decúbito dos pacientes acamados (tarefas repetitivas), posições inadequadas na realização de procedimentos invasivos (punção venosa e arterial, inserção de CVD, entre outros), cargas pesadas - peso do cilindro de oxigênio, de monitores e ventiladores de transporte e auxílio em assistência no transporte do paciente (TAVARES et al. 2013).

Entre os aspectos ergonômicos, merecem atenção os riscos psicossociais do trabalho, não considerados dentro da categoria de riscos ambientais pela CIPA, Estes referem-se às determinações impostas pelo capitalismo na atualidade. Dizem respeito às percepções subjetivas do trabalhador (a visão que ele tem dos fatores da organização do trabalho). Moraes e Bastos (2013) afirmam que a falta de satisfação com o emprego, o desempenho de tarefas que demandam uma atividade mental sob pressão de tempo, enquanto se tem pouco ou nenhum controle sobre ela, alta pressão mental, relacionamento com colegas, suporte no trabalho e estresse são fatores relacionados ao risco de desenvolvimento de doenças relacionadas ao trabalho.

4 PRINCÍPIOS DA PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO EM UTI NA LÓGICA NEOLIBERAL

Esta dissertação parte de duas questões de investigação apresentadas na Introdução, quais sejam:

- a) como as tendências contemporâneas do trabalho em saúde se manifestam na organização do trabalho e do espaço de trabalho UTI?;
- b) quais são os principais efeitos destas tendências para os trabalhadores da UTI?

Após as descrições da unidade hospitalar-*Alpha* e da UTI-*Alpha*, complementadas por um relato mais detalhado da minha atividade na CIPA e de uma breve sistematização dos riscos presentes na UTI, retomo neste capítulo o debate de ambas as questões que julgo central para esta dissertação e para o meu próprio percurso como trabalhadora da saúde. Logo, o capítulo será dedicado a estabelecer possíveis correlações entre tendências do trabalho em saúde destacadas da literatura especializada e tratadas no capítulo 2, e seus possíveis efeitos nos trabalhadores de UTI.

Para tanto, voltarei a utilizar observações anotadas em meu caderno de campo. O capítulo 4 é onde procuro dialogar com os principais autores da sociologia do trabalho que foram pesquisados para construção desta pesquisa. Mas também onde retomo o diálogo com autores que analisam particularmente o trabalho em unidades de saúde de alta complexidade. Logo trago elementos que são comuns e genéricos ao espaço de trabalho e cuidado designado por UTI. Ou seja, o meu próprio espaço de trabalho e de reflexão ao longo da realização da pós-graduação. Um dos principais pontos presentes na literatura consultada é o debate da precarização do trabalho em saúde, na lógica neoliberal. E de fato o capítulo foi pensado e estruturado em torno de dois eixos. No primeiro, procuro explorar a precarização do trabalho nas formas de organização do trabalho em UTI. No segundo, abordo as formas de gestão do trabalho em saúde atualmente praticadas. Ao fazê-lo, o que sobressai é uma das principais dimensões do debate do trabalho, da gestão do trabalho e do espaço de cuidado UTI: sua ampla e extensa tecnologização. O Capítulo 4, que é uma descrição da UTI-*Alpha*, também poderia ser uma descrição genérica de várias UTIs, já que trata, dentre outros pontos, da tecnologização no cuidado em saúde e seus efeitos na organização do trabalho e do próprio trabalho em saúde, e da intensificação do uso de tecnologias, sobretudo as tecnologias duras, que levam à transformação da maneira de se trabalhar.

Associarei o referencial teórico (que versa sobre a organização do trabalho em saúde, particularmente e especialmente em UTIs, e formas de flexibilização de vínculos de trabalho) com as minhas observações empíricas, do momento em que participei da CIPA e da elaboração dos MRs. Menciono que as anotações da autora serão referenciadas como “LIMA, 2017” para melhor organização da estrutura textual.

4.1 A DIMENSÃO SUBJETIVA DA PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO EM UTI

O mundo do trabalho é marcado por transformações como globalização, modernização tecnológica e novos modelos de gestão que causam e mudam o conteúdo, natureza e significado do trabalho (ANTUNES, 2007). No Brasil, o cenário produtivo no setor de saúde também sofre influência de uma política neoliberal e globalizada, demarcando a precarização das condições e relações de trabalho.

Como citado nos capítulos anteriores, a precarização do trabalho, nos conceitos de Luci Praun (2014), envolve uma dimensão subjetiva (termo escolhido para subtítulo desta seção), quando acomete os novos moldes organizativos que repercutem no aumento da intensificação do trabalho. Rosso (2005) referencia-se nos parâmetros da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE, 2002) para conceituar a intensificação do trabalho: “processos que resultam em maior dispêndio das capacidades físicas, cognitivas e emocionais do trabalhador com o objetivo de elevar quantitativamente ou melhorar qualitativamente os resultados” (p. 06). O autor refere-se também ao termo produtividade quando “restringe-se aos efeitos das mudanças tecnológicas agregadas ao trabalho na produção de mais resultados” (ROSSO, 2005, p, 06).

Nos ambientes hospitalares, esta dimensão subjetiva do trabalho merece maior destaque, sobretudo nas UTIs¹⁹, devido à realização de atividades do cuidado que são de natureza imaterial, dentre outras características específicas do labor em UTI, como imediatismo das práticas assistenciais, confinamento do espaço, tensão e estresse típicos da natureza do trabalho, além da convivência diária com toda forma de sofrimento, a frequente oscilação entre sucesso e fracasso relacionado ao tratamento dos pacientes, espaço insalubre e

¹⁹ A organização das unidades de alta complexidade é classificada pelo Ministério da Saúde (MS) em: a) Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (engloba desde o nascimento até 28 dias de vida); b) Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (dos 29 dias de vida até 18 anos de idade); c) Unidade de Terapia Intensiva especializada em pacientes queimados; d) Unidade de Terapia Intensiva Coronariana; e) Unidade de Terapia Intensiva Adulto (idade igual ou superior a 18 anos de idade) (BRASIL, 2017). De acordo com a RDC N.07 de 2010, há uma diferença conceitual entre UTI e Centro de Terapia Intensiva (CTI). Esta normativa descreve que quando há numa mesma área física mais de uma UTI, este espaço é conceituado como CTI.

penoso que pode acentuar a exposição dos trabalhadores de saúde aos diversos riscos decorrentes do ambiente laboral (ROCHA et al. 2015).

Nessas unidades intra-hospitalares, as mutações do mundo do trabalho configuram-se em novas modalidades de organização dos serviços, sobretudo pela intensificação do trabalho imaterial. Em UTI, a intensificação do trabalho imaterial, vai além da substituição do trabalho vivo pelo uso de equipamentos, porque a sua exploração envolve aspectos cognitivos, emotivos, relacionais e sociais do trabalhador. E estes aspectos muitas vezes não são mensurados, como por exemplo: a tomada de decisão diante de uma demanda, a definição de prioridades no serviço em saúde, a resolução de conflitos entre equipes, o lidar com pacientes e familiares, a realização de escalas de serviço com quantitativos reduzido de recursos humanos, a interação com equipe multidisciplinar, dentre outros.

Dessa maneira, a questão que foi proposta à compreensão nesta pesquisa tem relação direta com as tendências contemporâneas do trabalho em saúde, sobretudo na organização do trabalho em unidades críticas – UTIs.

A UTI caracteriza-se pela sua especificidade de atendimento que se destina aos usuários em situação clínica grave ou de risco, clínico ou cirúrgico. A complexidade do quadro de saúde dos pacientes requer cuidados intensivos e a monitorização contínua dos parâmetros vitais²⁰ daqueles à beira leito, necessitando também de equipamentos para atendimento à saúde de alta tecnologia e equipe de profissionais especializados.

No setor saúde, algumas transformações identificadas no mundo do trabalho nas sociedades capitalistas, como a intensificação e fragmentação, se associam às transformações do próprio cuidado. Ou seja, nas últimas décadas do século XX, o cuidado em saúde sofreu um processo agudo de tecnologização de suas práticas. A concepção de UTI e CTI (Centro de Terapia Intensiva) passa pela noção de onde se materializa o processo de incorporação de saberes e conhecimentos de equipamentos e tecnologias de assistência. Como indicado no capítulo 2, os pacientes são monitorados constantemente por vários equipamentos que geram uma massa de dados. É comum o trabalhador responsável pelo monitoramento entrar no *box* individual, conferir os monitores e não olhar para o paciente.

Pires lista uma série de equipamentos tecnológicos em unidades de tratamento, o que faz com que a atenção do profissional se volte especialmente para a análise, configuração e calibração destes equipamentos, em detrimento da atenção dada ao paciente:

²⁰ Os principais parâmetros de monitorização são: frequência cardíaca, frequência respiratória, temperatura, pressão arterial, saturação de oxigênio. Os outros parâmetros avaliados vão depender da clínica de cada paciente internado.

...o uso intensivamente as chamadas novas tecnologias. Equipamentos de tecnologia de ponta, os chamados novos materiais e os avanços da bioengenharia e da engenharia genética estão presentes no setor. Mudam os instrumentos de trabalho e as tecnologias empregadas para exames diagnóstico e, também para tratamentos. Encontra-se, por exemplo, bombas de infusão; tomógrafo computadorizado; laser em cirurgias; experiências para aplicação de medicamentos por meio de adesivos elétricos; terapias genéticas e tantos outros (PIRES, 2000, p.257).

A autora acrescenta ainda que a introdução de novas tecnologias neste segmento foi intensificada nos anos 90 do século passado (PIRES, 2000). Mendes et al. (2015) consideram que o uso dos adventos tecnológicos em saúde contribuiu para uma assistência em saúde mais segura, logo, de melhor qualidade. Em UTI, a dinâmica do trabalho em saúde configura-se mediante a articulação de tecnologias duras, leve-duras e leves.

Para Merhy (2005), os aparelhos utilizados na assistência ao paciente crítico constituem tecnologias duras (trabalho morto), por serem recursos materiais obtidos através do uso de equipamentos sofisticados e insumos como instrumentos do trabalho. As tecnologias leves-duras²¹ envolvem o manuseio de equipamentos e saberes estruturados (de cada especialidade) aos protocolos e rotinas e as tecnologias leves²² são identificadas no âmbito das relações que se caracterizam pelo trabalho vivo em ato, na relação com pacientes, familiares e equipe de trabalho.

As principais tecnologias duras em UTI envolvem equipamentos como monitores multiparamétricos, bombas de infusão e ventiladores artificiais. Envolvem também o uso de dispositivos (catéteres vasculares), materiais para curativos, medicamentos, entre outros que serão descritos adiante. Em UTI, o manejo de cada tecnologia dura envolve a especificidade de cada categoria profissional.

As tecnologias leve-duras dizem respeito ao saber do profissional de saúde diante das tecnologias duras. Como por exemplo, a programação que um trabalhador da UTI faz em um monitor multiparamétrico para que ele alarme quando houver alguma alteração hemodinâmica no quadro clínico específico do paciente, a interpretação dos dados deste equipamento envolve o conhecimento adquirido por este profissional, a manipulação e programação de bombas de infusão, os cuidados na administração de cada medicação utilizada neste equipamento, o uso de catéteres vasculares e a técnica para uma punção

²¹ Os protocolos e rotinas envolvem as práticas assistenciais, como registro dos parâmetros vitais dos pacientes, saberes específicos como manipulação de drenos, sondas, catéteres vasculares: venosos para administração de medicamentos e arteriais para monitorizações invasivas.

²² As relações socioprofissionais, entre profissionais de saúde, pacientes e. ou familiares abordam a dimensão subjetiva do trabalho em UTI, devido à complexidade do cuidado e as formas singulares que envolvem saúde, sofrimento, processo de adoecimento, morte, conflitos interpessoais, entre outros.

venosa evitando iatrogenias como a infecção hospitalar, flebite, hematomas, entre outros, o saber científico utilizado na escolha de um curativo específico para tratamento de uma lesão por pressão, a administração de um medicamento, suas reações adversas e interações medicamentosas são manejos de tecnologias leve-duras no cotidiano em UTI, a interpretação de um exame gasométrico, conforme a programação de melhora clínica de um paciente crítico.

As tecnologias leves dizem respeito às relações entre equipes, o lidar com o paciente, suas ansiedades, o processo de humanização em saúde, contato com familiares, dentre outros.

Os principais aparatos tecnológicos²³ necessários para o funcionamento de uma UTI são:

- I - materiais para punção lombar;
- II - materiais para drenagem líquórica em sistema fechado;
- II - oftalmoscópio;
- IV - otoscópio;
- V - negatoscópio;
- VI - máscara facial que permite diferentes concentrações de Oxigênio: 01 (uma) para cada 02 (dois) leitos;
- VII - materiais para aspiração traqueal em sistemas aberto e fechado;
- VIII - aspirador a vácuo portátil;
- IX - equipamento para mensurar pressão de balonete de tubo/cânula endotraqueal ("cuffômetro");
- X - ventilômetro portátil;
- XI - capnógrafo: 01 (um) para cada 10 (dez) leitos;
- XII - ventilador pulmonar mecânico microprocessado: 01 (um) para cada 02 (dois) leitos, com reserva operacional de 01 (um) equipamento para cada 05 (cinco) leitos, devendo dispor, cada equipamento de, no mínimo, 02 (dois) circuitos completos,
- XIII - equipamento para ventilação pulmonar mecânica não invasiva: 01(um) para cada 10 (dez) leitos, quando o ventilador pulmonar mecânicomicroprocessado não possuir recursos para realizar a modalidade de ventilação não invasiva;
- XIV - materiais de interface facial para ventilação pulmonar não invasiva 01 (um) conjunto para cada 05 (cinco) leitos;
- XV - materiais para drenagem torácica em sistema fechado;
- XVI - materiais para traqueostomia;
- XVII - foco cirúrgico portátil;
- XVIII - materiais para acesso venoso profundo;
- XIX - materiais para flebotomia;
- XX - materiais para monitorização de pressão venosa central;
- XXI - materiais e equipamento para monitorização de pressão arterial invasiva: 01 (um) equipamento para cada 05 (cinco) leitos, com reserva operacional de 01 (um) equipamento para cada 10 (dez) leitos;
- XXII - materiais para punção pericárdica;
- XXIII - monitor de débito cardíaco;
- XXIV - eletrocardiógrafo portátil: 01 (um) equipamento para cada 10 (dez) leitos;
- XXV - kit ("carrinho") contendo medicamentos e materiais para atendimento às emergências: 01 (um) para cada 05 (cinco) leitos ou fração;
- XXVI - equipamento desfibrilador e cardioversor, com bateria: 01 (um) para cada

²³ A resolução vigente da Agência Nacional de Vigilância Sanitária que dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de uma UTI no país é a de número 7, de 24 de Fevereiro de 2010 (BRASIL, 2010). Esta resolução destina-se as UTIs em território brasileiro, sejam públicas, privadas ou filantrópicas, civis ou militares e, em seu artigo 58, há o detalhamento dos principais tecnologias mortas utilizados neste setor.

05 (cinco) leitos;
 XXVII - Marcapasso cardíaco temporário, eletrodos e gerador: 01 (um) equipamento para cada 10 (dez) leitos;
 XXVIII - equipamento para aferição de glicemia capilar, específico para uso hospitalar: 01 (um) para cada 05 (cinco) leitos;
 XXIX - materiais para curativos;
 XXX - materiais para CVD em sistema fechado;
 XXXI - dispositivo para elevar, transpor e pesar o paciente;
 XXXII - poltrona com revestimento impermeável, destinada à assistência aos pacientes: 01 (uma) para cada 05 leitos ou fração.
 XXXIII - maca para transporte, com grades laterais, suporte para soluções parenterais e suporte para cilindro de oxigênio: 1 (uma) para cada 10 (dez) leitos ou fração;
 XXXIV - equipamento(s) para monitorização contínua de múltiplos parâmetros (oximetria de pulso, pressão arterial não-invasiva; cardioscopia; frequência respiratória) específico(s) para transporte, com bateria: 1 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração;
 XXXV - ventilador mecânico específico para transporte, com bateria: 1(um) para cada 10 (dez) leitos ou fração;
 XXXVI - kit ("maleta") para acompanhar o transporte de pacientes graves, contendo medicamentos e materiais para atendimento às emergências: 01 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração;
 XXXVII - cilindro transportável de oxigênio;
 XXXVIII - relógios e calendários posicionados de forma a permitir visualização em todos os leitos.
 XXXIX - refrigerador, com temperatura interna de 2 a 8°C, de uso exclusivo para guarda de medicamentos, com monitorização e registro de temperatura.
 (BRASIL, 2010, p. 08).

Todos os equipamentos e materiais tecnológicos citados caracterizam as especificidades deste setor de alta complexidade²⁴, sendo que além destes, cada leito de UTI (adulto) deve conter, no mínimo:

I - cama hospitalar com ajuste de posição, grades laterais e rodízios;
 II - equipamento para ressuscitação manual do tipo balão auto-inflável, com reservatório e máscara facial: 1(um) por leito, com reserva operacional de 01 (um) para cada 2 (dois) leitos;
 III – estetoscópio;
 IV - conjunto para nebulização;
 V – 4 (quatro) equipamentos para infusão contínua e controlada de fluidos ("bomba de infusão"), com reserva operacional de 1 (um) equipamento para cada 3 (três) leitos;
 VI - fita métrica;
 VII - equipamentos e materiais que permitam monitorização contínua de: frequência respiratória, oximetria de pulso, frequência cardíaca, cardioscopia, temperatura, pressão arterial não-invasiva.
 (BRASIL, 2010, art. 57, p. 7).

Além dos materiais e equipamentos específicos, vale destacar que no processo de desenvolvimento do capitalismo, a aliança entre a alta tecnologia e os saberes biomédicos manifesta-se nas novas formas de organização do trabalho em UTI, por meio de instrumentos

²⁴ Após a explanação destes equipamentos de tecnologia de ponta em UTI, destacamos que o trabalho morto passa a mediar plenamente à relação entre o profissional de saúde e o paciente à beira leito, ou seja, passa a mediar o trabalho vivo.

informatizados, como é o caso de alguns sistemas operacionais para registro e controle da qualidade dos processos em saúde, por meio de *softwares* que visam sistematizar informações clínicas e epidemiológicas, do atendimento dos pacientes em UTI. As informações geralmente são digitalizadas, permitindo que os profissionais de saúde realizem a consulta de forma rápida e automatizada, por meio de planilhas eletrônicas.

Na organização do trabalho em UTI, os adventos tecnológicos podem ser exemplificados também na sistematização de dados no prontuário eletrônico do paciente, como também no sistema de consulta de exames laboratoriais e radiológicos. Toda essa dimensão dos aparatos tecnológicos em UTI envolve a interação entre trabalho vivo e a maquinaria informatizada. Em relação ao uso de tecnologia em UTI, Lima 2017 descreve que:

A vigilância hemodinâmica dos pacientes a beira leito é por sistema de monitoramento invasivo e não invasivo. Como também por um sistema informatizado de conexão que transmite informações hemodinâmicas dos pacientes internados em cada leito para um monitor central localizado no posto de enfermagem- *ilha*, permitindo maior controle sobre parâmetros vitais dos pacientes graves. Os equipamentos são programados conforme a necessidade de saúde de cada paciente e em casos de intercorrências, os aparelhos alarmam... (LIMA, 2017).

Todo o desenvolvimento tecnológico utilizado nas UTIs é fundamental para a prestação dos cuidados em saúde, por meio do uso de aparelhos eletromédicos²⁵ à beira leito, pela manipulação de medicamentos, insumos, procedimentos especializados, como também pela infraestrutura, pelos processos e organização do trabalho que visam proporcionar a manutenção da vida do paciente gravemente enfermo e recuperação da sua saúde. Nesse sentido, o acentuado aumento de complexidade no atendimento aos pacientes críticos e a evolução tecnológica exige necessidade constante de maior especialização dos profissionais de saúde.

No que concerne à dinâmica do trabalho em UTI, podemos utilizar os três eixos referenciados por Ferreira e Mendes (2008): a organização do trabalho, as condições de trabalho e as relações socioprofissionais.

Os elementos que compõem a OT nos hospitais são:

produtividade esperada: metas, qualidade, quantidade; regras formais (missão, normas, procedimentos); tempo – duração da jornada de trabalho, pausas e turnos; ritmos: prazos e tipos de pressão; controles (supervisão, fiscalização e disciplina); e

²⁵ ...equipamento elétrico dotado de não mais que um recurso de conexão a uma determinada rede de alimentação elétrica, destinado ao diagnóstico, tratamento ou monitorização do paciente, sob supervisão médica, que estabelece contato físico ou elétrico com o paciente, e/ou recebe a que dele provém e/ou detecta essa transferência de energia ABNT (1994,1997).

características das tarefas em natureza e conteúdo (FERREIRA E MENDES, 2008, p.02).

Os elementos que envolvem as condições de trabalho abrangem:

o ambiente físico; os equipamentos (materiais arquitetônicos e aparelhagens presentes nos locais de trabalho); os instrumentos (ferramentas, máquinas e documentação); suporte organizacional (como suprimentos, tecnologias e informações) e as práticas de remuneração (FERREIRA E MENDES, 2008, p.02).

E as relações socioprofissionais²⁶ envolvem “as relações hierárquicas (com chefias), as relações coletivas (com membros da equipe e de outros grupos de trabalho) e as relações externas com usuários, consumidores e vendedores” (FERREIRA; MENDES, 2008, p.03).

Além disso, os estudos de Campos e David (2010) consideram que na organização do trabalho em UTI o ritmo de trabalho é excessivo, as tarefas são cumpridas com pressão de prazos, existe forte cobrança por resultados e as normas para execução de tarefas são extremamente rígidas, além de outras situações causadoras de *stress* físico e/ou psíquico.

Cabe considerar que, intrinsecamente, o trabalho em UTI já envolve a limitação de tempo dos profissionais, onde tudo é considerado urgente, além do forte clima de tensão, que exige do profissional de saúde um estado constante de atenção e vigilância devido à gravidade dos doentes. No entanto, nos moldes atuais de organização do trabalho, o trabalho imaterial é acentuado sustentado por ciclos de rigidez, cobrança e ritmo. Assim, considera-se que a maioria das tarefas é interrompida antes mesmo de serem concluídas.

A vivência enquanto membro da CIPA, naquele momento, me permitiu identificar os processos descritos por Antunes (2000) e Campos e David (2010), acerca da intensificação da força de trabalho:

O quantitativo de profissionais normalmente é reduzido por motivo de férias, licença maternidade, afastamentos médicos e por remanejamento de pessoas para outros setores. Além disto, o quantitativo de pessoal que é admitido nesta UTI é insuficiente para repor o número dos trabalhadores que foram aposentados. Dessa maneira, há um número insuficiente de profissionais de saúde para atender a realização de demanda de tarefas do setor evidenciando um aumento da intensificação do trabalho. A maioria das atividades dos profissionais de saúde são tarefas repetitivas, representadas pela descontinuidade das ações atendendo as prioridades do serviço (como intercorrências no plantão, realização de exames e procedimentos, entre outros), pelo ritmo de trabalho excessivo, pela realização de serviços com pressão dos prazos e pela falta de tempo para pausas (LIMA, 2017).

Em consonância, Antunes e Praun (2015, p.412) ao estudarem o trabalho no mundo contemporâneo referem que “todos os trabalhadores se desdobram para executar sozinhos, o que antes era feito por dois ou mais trabalhadores”, marcando um processo de extração de

²⁶ Muitas destas relações descritas por Ferreira e Mendes (2008) não foram consideradas no trabalho da CIPA e na constituição dos MRs ambientais, porque se utilizou como referência a NR 05, que não aborda questões de trabalho específicas como as de dimensão socioprofissionais.

mais-valia absoluta, reduzindo o uso de tecnologias leves e pela excessiva exploração da força de trabalho, exemplificada pelo acúmulo de atividades.

Segundo Traesel e Merlo (2011, p.42), referenciado na obra de Pitta (1994), a reprodução do modo de produção capitalista no hospital caracteriza-se pelos “processos tecnológicos de trabalho”, acentuando-se a informatização, novos recursos e técnicas de trabalho que exigem progressivamente menos trabalhadores. Conseqüentemente a redução dos postos de serviço tende ao aumento do desemprego, como também à desvalorização salarial dos profissionais de saúde, levando-os a realizar a dupla ou tripla jornada de trabalho. Nessa direção, durante o período de visitas técnicas na CIPA, “alguns profissionais terminavam suas jornadas de trabalho na UTI e seguiam para outro hospital para realizar outra jornada de trabalho” (LIMA, 2017).

Outra observação acerca dos novos moldes de organização do trabalho na UTI envolve a acentuada imposição de tarefas aos trabalhadores:

para buscar a melhoria dos indicadores em saúde nesta unidade, exige-se dos trabalhadores uma excessiva cobrança por resultados e exigências de cumprimento de metas, implicando diretamente no processo produtivo (LIMA, 2017).

Os principais indicadores de qualidade em UTI que envolvem a prevenção de infecção relacionada à assistência são: taxa de mortalidade, quedas, extubação acidental, lesões por pressão, tempo de internação, além das taxas de infecções hospitalares como pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV), infecção de sítio cirúrgico, infecção de trato urinário associado a cateter vesical de demora (CVD) e infecção de corrente sanguínea associada ao cateter venoso central (BRASIL, 2017). Estes indicadores utilizados nesta unidade de alta complexidade são fundamentados no Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)²⁷ e na Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) 36, ambas com finalidade a melhoria na qualidade dos cuidados em saúde e uma assistência segura (BRASIL, 2013). Sobre os indicadores, tal dado não foi observado pela CIPA.

O cumprimento de metas estabelecidas pelos protocolos internos nos espaços de trabalho evidencia uma contraposição entre o trabalho prescrito²⁸ (indicadores de qualidade

²⁷ A Portaria nº 529 instituiu a PNSP, pelo Ministério da Saúde (MS) tendo como objetivo contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional (BRASIL, 2013). A Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) no36 instituiu ações para a segurança do paciente nos serviços de saúde, sejam eles públicos, privados, filantrópicos, civis ou militares, incluindo aqueles que exercem ações de ensino e pesquisa (BRASIL, 2013).

²⁸ Brito (2009) define trabalho prescrito (tarefas) como “protocolos e as normas técnicas e de segurança a serem seguidas... como também os objetivos a serem atingidos e os resultados a serem obtidos em termos de produtividade, qualidade e prazo” (285). A autora define o trabalho real envolve a atividade do sujeito, sua experiência, seu corpo, sua forma de fazer uma determinada atividade e

em UTI) e o trabalho real (que envolve as condições concretas de trabalho), justificada pela redução da força de trabalho e pelo aumento da produtividade. Esta contraposição entre o trabalho prescrito e o real causa implicações negativas para o trabalhador e para o processo produtivo (CAMPOS; DAVID, 2010).

Para Murofuse (2004), a reorganização do trabalho em saúde, em especial em UTI, constitui um reflexo da política neoliberal que repercute diretamente na saúde dos trabalhadores que atuam nestes espaços. As instituições de saúde requerem destes profissionais habilidades como flexibilidade, multifuncionalidade das práticas assistenciais e polivalência, com o intuito de conseguir dar conta das diversas atividades que lhes são atribuídas.

Em relação à rigidez das normas para execução das tarefas em UTI, pode-se dizer que o hospital estava passando por um processo de acreditação hospitalar – nível 1, pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), objetivando melhoria contínua do atendimento e excelência na prestação do serviço hospitalar. No entanto, para a realização deste processo de acreditação (fundamentado em estabelecimento de normas), havia um quantitativo de profissionais de saúde insuficiente para o seu cumprimento (LIMA, 2017).

A acreditação hospitalar é uma ferramenta de gestão do trabalho que busca garantir a qualidade da assistência, fundamentada nos conceitos e técnicas da Qualidade Total. Gurgel Júnior e Vieira (2002) em seus estudos sobre qualidade total e administração hospitalar apontam que a agenda mundial de reforma no setor saúde adota um conjunto de ações que visam reduzir os custos da assistência à saúde e a adoção dos programas de qualidade neste segmento. Os padrões estabelecidos pelo Programa Nacional de Acreditação Hospitalar são fundamentados sob a ideia de eficiência e eficácia nos processos de gestão, seu objetivo limita-se à segurança do paciente²⁹.

sua afetividade que são colocados numa perspectiva de construir modos operatórios visando desenvolver relação com as condições objetivas de trabalho. A oposição entre o trabalho prescrito e o real descrito no texto leva em consideração imaterialidade do cuidado em UTI e a imprevisibilidade dos casos onde muitas vezes a atividade de assistência do cuidado não se limita a uma tarefa previamente implementada. Tal fato pode ser exemplificado por Campos; David (2010) como em casos de panes, falta de material para realizar uma determinada atividade de assistência ao paciente, a falta ou quantidade reduzida de recursos humanos e a instabilidade no quadro dos pacientes que perpassam o planejamento das ações inicialmente pensadas.

²⁹ A utilização destas ferramentas visa à melhoria dos processos do trabalho em saúde, no entanto, na maioria das vezes não se leva em consideração as condições reais que os profissionais de saúde encontram-se para atingir as metas destes indicadores de gestão do trabalho, principalmente no que tange a acentuação do trabalho do trabalhador em UTI. Por exemplo, um profissional de enfermagem pode prestar assistência técnica a um quantitativo de paciente maior do que é padronizado; assim, a qualidade da assistência é reduzida pela sobrecarga de trabalho, reduzindo os resultados esperados pelos indicadores. De forma ainda mais específica, a acentuação do trabalho implica na redução das vezes que se muda um paciente de decúbito, redução do cuidado com dispositivos vasculares, aumentando o risco de infecção

A acreditação hospitalar constitui um processo de avaliação externa (auditoria), voluntário e periódico que inspeciona a estrutura e o funcionamento dos hospitais públicos e privados (BRASIL, 2002), conforme os padrões definidos pela *Internacional Society for Quality Health Care (ISQua)*. Configura-se em três etapas: Nível Inicial (Nível 1) - certifica que a instituição hospitalar atende aos critérios de segurança do paciente em todas as áreas de atividade, incluindo aspectos estruturais e assistenciais, possui validade de dois anos; Intermediário (Nível 2) - testa que a instituição atende aos critérios de segurança com gestão integrada e possui comunicação entre as atividades - tem a validade de dois anos; Avançado (Nível 3) - certifica que além de atender os critérios dos níveis 1 e 2, visa excelência na gestão - possui validade de três anos.

A busca pela excelência na qualidade dos serviços assistenciais em UTI tem relação direta com as ferramentas de gestão do trabalho em saúde e são conhecidas como Sistema de Gestão de Qualidade (SGQ). Dentro deste contexto, as metodologias de avaliação dos processos de gestão mais conhecidas são: “Certificação Hospitalar” e a “Acreditação Hospitalar”³⁰. Os principais programas de acreditação hospitalar são: ACI (*Accreditation Canada International*), HIMSS (*Healthcare Information and Management Systems Society*), JCI (*Joint Commission International*), NIAHO (Acreditação Nacional Integrada para Organizações de Saúde) e ONA (Organização Nacional de Acreditação). No caso da certificação hospitalar, podemos destacar: OHSAS 18001 (OHSAS: *Occupational Health and Safety Management Certification* ou Programa de Certificação para a Saúde e Segurança Ocupacional) e SO 9000 (ISO: *International Organization for Standardization* ou Organização Internacional para Padronização).

Durante a atuação na CIPA, não foram encontrados registros da existência de processo de gestão de qualidade nos escritos da chapa da CIPA anterior.

As normas destes processos são realizadas de maneira rigorosa, sendo criadas e definidas com diferentes protocolos e rotinas, cujas certificações são emitidas por organizações internacionais. De um lado, estas ferramentas de gestão visam uniformizar as ações de assistência à saúde. Por outro lado, elas limitam a criatividade do profissional de

hospitalar, risco de eventos adversos, entre outros. Contudo, para melhoria da qualidade do cuidado, deve-se avaliar também a saúde do trabalhador envolvido e a sua realidade de trabalho.

³⁰ “Certificação hospitalar” e a “Acreditação hospitalar” não possuem o mesmo significado. Sinteticamente, a instituição que é aprovada em um processo de certificação hospitalar passa por um sistema de auditoria que comprova, por escrito, que seus processos, sistemas de qualidade e produtos estão em conformidade com os requisitos preestabelecidos pelas organizações internacionais envolvidas. Na certificação hospitalar, a própria instituição é quem decide quais processos serão avaliados e quais não serão avaliados. No caso da acreditação hospitalar, a avaliação é feita pela Norma de Acreditação, tendo envolvimento de comunidades técnica, científica e/ou clínica. (VIEIRA et al. 2011).

saúde, introduzindo novas formas de controle da força de trabalho, aumento da produtividade e trabalho por alcance de metas estabelecidas.

Quanto à intensificação do trabalho e o aumento da produtividade, Pina e Stotz (2011) consideram que estes fenômenos possuem relação com o cumprimento de metas (também denominado modelo de gestão por resultados), exemplificado por meio da participação nos lucros ou resultados (PLR)³¹.

Este modelo de gestão pode ser representado nas UTIs das grandes redes hospitalares privadas no país, manifestado pela pressão imposta ao trabalhador de saúde pelo aumento de produtividade e qualidade dos serviços, todavia sem melhoria das condições de trabalho, nos limites da jornada de trabalho impactando no desgaste operário³². Estudos como de Antunes; Praun (2015), Pina; Stotz (2011), Sato (2003) e Campinho (2009) abordam essa temática no ramo industrial. No entanto, são necessários estudos que versem sobre PLR no contexto de trabalho em UTI.

Em relação à forma como o trabalho se desenvolve em UTI, este é sempre coletivo, como nos outros segmentos do trabalho em saúde. Segundo Pires (2000), os diversos profissionais de saúde desenvolvem parte do trabalho, cada um utilizando o seu conhecimento técnico específico, saberes empíricos, práticas, habilidades e experiências, diante das situações previstas e imprevistas em terapia intensiva. São trabalhadores treinados, com capacidade de lidar e de se adaptar a situações emergenciais para fornecer uma assistência diferenciada.

A equipe multiprofissional qualificada é composta de profissionais de diferentes formações de nível superior, como médicos, fisioterapeutas, assistentes sociais, psicólogos, enfermeiros, nutricionistas, farmacêuticos, dentistas; como também profissionais de nível médio: técnicos de radiologia, de enfermagem, de laboratório e hemoterapia. Tais profissionais são especializados e possuem habilidades adicionais das que foram adquiridas na graduação.

Cada categoria profissional tem certa autonomia sobre seu processo de trabalho; no entanto, o médico ainda é o profissional que centraliza as decisões sobre a internação, o

³¹ No Brasil, a Lei nº 10.101, de 2000, que regula a participação dos trabalhadores nos lucros ou resultados da empresa, em seu artigo 1º, considera “como instrumento de integração entre o capital e o trabalho e como incentivo à produtividade”, por meio da negociação entre a empresa e seus empregados.

³² O desgaste operário envolve as modificações negativas que ocorrem em decorrência da interação dinâmica das cargas de trabalho nos processo biopsíquicos de um determinado grupo de trabalhadores. No caso deste estudo, são os trabalhadores de UTI. Laurell e Noriega (1989, p. 110), definem como “a perda da capacidade potencial e/ou efetiva corporal e psíquica”.

tratamento e a alta hospitalar. O trabalho nesses setores críticos também é complexo em sua organização e em seus processos, composto de rotinas, regras e relações hierárquicas e de poder extremamente demarcadas. Nesse contexto, Lima (2017) faz menção à divisão do trabalho em UTI:

na passagem diária de plantão da equipe multidisciplinar, os profissionais que terminam um turno de trabalho passam informações verbais e escritas dos pacientes internados para os profissionais que iniciam um novo turno de trabalho. As informações dizem respeito às condutas realizadas, pendências, alterações clínicas, intercorrências e casos específicos que merecem maior cuidado. Embora esse momento constitua uma importante forma de comunicação entre as equipes, além de facilitar a organização do trabalho nesta unidade, ele só é iniciado com a presença do profissional médico, que determina a cadência das práticas assistenciais que serão realizadas. Há participação da maioria dos profissionais de saúde, com exceção dos técnicos de enfermagem que estão restritos a outras atividades assistenciais, como preparo de medicamentos e dos banhos dos pacientes. Ocorre uma divisão entre quem planeja e quem executa as ações dos cuidados assistenciais, onde o médico possui o controle das discussões referentes ao plano terapêutico dos pacientes graves. Os outros profissionais participam, mas não de forma ativa, pois não possuem poder decisório, visto que grande parte de suas atividades assistenciais é subordinada às condutas médicas (LIMA, 2017).

A abordagem empírica descrita por Lima (2017) coaduna com os escritos de Pires (2009), visto que esta autora considera que no modo de produção capitalista, o trabalho coletivo em saúde aproxima-se da divisão parcelar do trabalho³³ dado que os trabalhadores da equipe de saúde “distanciam-se do entendimento do seu objeto de trabalho, possuem menor domínio sobre o seu processo de trabalho” (PIRES, 2009, p.133). Nas unidades de alta complexidade, tal fenômeno manifesta-se pelos moldes hierarquizados dos poderes decisórios nos processos assistenciais de cuidado.

Diante disso, Pires (2009) ainda acrescenta:

A coordenação do trabalho, dentro do grupo profissional, é exercida pelos profissionais de nível superior que concebem o trabalho e delegam atividades parcelares aos demais participantes da equipe. Majoritariamente, a organização do trabalho reproduz a fragmentação taylorista (PIRES, 2009, p.133).

Na divisão técnica do trabalho em UTIs, podemos entender que o produto final advém de um trabalhador coletivo, sobre o qual a gerência obtém mecanismos de controle sobre os processos e sobre a força de trabalho, havendo a divisão entre a concepção e a execução - em outras palavras, a divisão entre o trabalho manual e o trabalho intelectual (PIRES, 2009).

Em relação à organização diária do trabalho em UTI, esta é sistematizada pela escala por turnos, devido à necessidade de manutenção da assistência ao indivíduo gravemente

³³ No modo de produção capitalista, os termos: “divisão parcelar do trabalho, divisão pormenorizada do trabalho, divisão manufatureira do trabalho ou divisão técnica do trabalho” referem-se à fragmentação de uma especialidade produtiva em numerosas operações limitadas, de maneira que o produto resulta de uma quantidade de operações executadas por trabalhadores especializados em cada tarefa.

enfermo, envolvendo todos os profissionais de saúde que trabalham de modo sucessivo. A escala por turnos é organizada em jornadas que podem ocorrer em diferentes horários do dia, de maneira fixa ou em forma de rodízio, denominados plantões (OSÓRIO et al. 2015).

No contexto nacional, os profissionais de saúde que trabalham em UTI, mais comumente, realizam regimes de plantões diurnos e noturnos, 12 horas fixas, cada um, respectivamente, seguidos de folgas. Outras vezes, por 24 horas de serviço, também seguido de folgas. A atividade de trabalho é desenvolvida continuamente. Para Osório et al. (2015), ainda que a assistência ininterrupta aos pacientes necessite de trocas de informações entre as equipes que se revezam entre turnos (termo denominado passagem de plantão), as ações de saúde do profissional que assume o plantão são construídas a partir dos relatos do outro profissional que o passou o serviço.

Outro apontamento que merece menção neste estudo refere-se à “naturalização” dos trabalhadores da saúde em UTI a partir da ideologia neoliberal. Partindo da premissa que tudo neste setor hospitalar é considerado urgência e emergência conforme a gravidade dos doentes, o trabalho pode vir a naturalizar-se em decorrência dos padrões de acumulação do capital, não permitindo que o trabalhador, muitas vezes, se identifique em um processo de superexploração, constituindo uma relação alienada do trabalhador com seu trabalho. Esse argumento é evidenciado nos escritos de Souza et al. (2014) ao estudarem as relações de trabalho de uma categoria profissional de saúde: “...um apartamento existente entre o trabalhador e o mundo do trabalho e conseqüentemente, um deslocamento entre o trabalhador e o produto do seu trabalho” (p. 1.306). A “naturalização” refere-se neste contexto a um setor de trabalho (em saúde) com atividades exaustivas, onde o trabalhador não consegue identificar que ele encontra-se em um processo de acentuação da intensificação do seu labor, muitas vezes, considerando natural a forma que o trabalho está sendo organizado.

De forma sintética, a partir do modelo atual do capitalismo observamos que o trabalho em UTI apresenta padrões materializados de precariedade na OT, esses padrões são manifestados pela acentuada intensificação da força de trabalho, cujos desdobramentos repercutem diretamente no processo saúde/adoecimento dos trabalhadores que laboram nesta unidade. Cabe destacar que a precarização do trabalho repercute também nas formas de gestão, o que Praun (2014) denomina como dimensão objetiva da precariedade, ou seja, quando envolve a flexibilização do trabalho, esse fenômeno será descrito a seguir.

4.2 A DIMENSÃO OBJETIVA DA PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE A PARTIR DOS MOLDES DE GESTÃO

Na economia brasileira, nos anos 1990, foi acentuado o processo de acumulação do capitalismo, cuja expansão provocou consequências para o mundo do trabalho, afetando profundamente as formas de gestão. Antunes (2005) aponta como uma das principais tendências do trabalho contemporâneo sobre a vigência do neoliberalismo, a precarização.

O avanço da precarização se coaduna com o aumento do proletariado fabril e de serviços, em escala global, surgindo um novo tipo de trabalhador, o que alguns autores designam como precariado. Para Ruy Braga (2012), o precariado envolve uma parcela crescente de trabalhadores que se engaja em relações de trabalho precarizadas, em empregos de alta rotatividade e vínculos instáveis. Retomando as informações descritas no quadro do capítulo 3 deste estudo, uma parcela do quantitativo dos profissionais de saúde da UTI-*Alpha* apresentava relações de trabalho de vínculos instáveis (trabalho temporário), com contratos que podem ser renovados anualmente, coadunando com os escritos de Braga (2012).

A precariedade nos moldes da gestão do trabalho (em sua dimensão objetiva) manifesta-se tanto em relações econômicas entre as empresas, quanto nas relações de trabalho, por meio de novas formas de vinculação. Frente a isto, cresce a informalidade, a terceirização e flexibilizam-se as relações trabalhistas, assim como altera a estrutura verticalizada das empresas (SOUZA et al. 2014; PIRES, 2009; ANTUNES et al. 2015).

Para Antunes e Praun (2015), a flexibilização, a terceirização e a informalidade nas formas de contratação de trabalho, podem não significar necessariamente precarização. No entanto, são palavras da mesma representatividade quando nos referimos ao Brasil, por significarem formas de trabalho com falta de direitos.

Em relação à flexibilização, Vasopollo (2005) ao estudar a precariedade no paradigma pós-fordista, a conceitua como:

- a) Liberdade da empresa para despedir parte de seus empregados, sem penalidades, quando a produção e as vendas diminuem;
- b) Liberdade da empresa para reduzir ou aumentar o horário de trabalho, repetidamente e sem aviso prévio, quando a produção necessite;
- c) Faculdade da empresa de pagar salários reais mais baixos do que a paridade de trabalho, seja para solucionar negociações salariais, seja para poder participar de uma concorrência internacional;
- d) Possibilidade de a empresa subdividir a jornada de trabalho em dia e semana de sua conveniência, mudando os horários e as características (trabalho por turno, por escala, em tempo parcial, horário flexível etc);
- e) Liberdade para destinar parte de sua atividade a empresas externas;
- d) Possibilidade de contratar trabalhadores em regime temporário, de fazer contratos por tempo parcial, de um técnico assumir um trabalho por tempo determinado, subcontratado, entre outras figuras emergentes do trabalho atípico, diminuindo o

pessoal efetivo a índices inferiores a 20% da empresa (VASSAPOLLO, 2015, p. 45-46).

Os escritos de Vassapollo (2015) articulam-se com os escritos de Lima (2017) descritos neste estudo, sobretudo no que diz respeito ao trabalho de enfermeiros, fisioterapeutas e médicos por tempo determinado. Em relação à gestão do trabalho em UTI, os escritos do autor articulam-se também com a acentuação do trabalho imaterial mesmo com a redução do número de profissionais de saúde neste espaço de trabalho.

No que envolve a terceirização, Pires (2009) descreve que nas atuais formas de gestão do trabalho, a empresa/instituição mantém o que é central e terceiriza parte do seu processo de produção, terceirizando não somente as atividades-meio, como também as atividades-fim, havendo uma desverticalização dos serviços. As atividades-fim são as principais atividades de uma empresa, relacionam-se com o seu objetivo principal, com o que se pretende alcançar. No trabalho em saúde, as atividades-fim têm como produto final atender as necessidades humanas básicas do indivíduo e as atividades-meio embora não estejam relacionadas com a atividade principal de uma empresa, possuem importância para o desenvolvimento do cuidado em saúde.

Nesse panorama, nas instituições hospitalares há uma tendência à desverticalização dos serviços de saúde havendo a terceirização de setores de atividade-meio, como: segurança, rouparia, engenharia, alimentação, limpeza, assim como também a terceirização de serviços de saúde essenciais, como laboratório e serviço de hemodiálise. Podemos destacar também, a terceirização de alguns setores de atividades-fim que são reguladas por empresas internacionais, como no caso das unidades de terapia intensiva, medicina diagnóstica e serviços de esterilização nas Unidades de Central de Material.

Cabe ressaltar, que a CIPA da instituição observou que não houve terceirização das atividades-fim, apenas das atividades-meio (como engenharia, rouparia e outros serviços já citados neste estudo) na UTI-*Alpha*. Contudo, houve uma prevalência de enfermeiros e fisioterapeutas que prestam serviços por vínculos de trabalho temporários.

Quando nos referimos à terceirização dos serviços de saúde, sobretudo nos serviços hospitalares, buscamos correlacioná-la ao fenômeno da precarização do trabalho. Passos e Arruda (2017) afirmam que esse fenômeno não é mais uma novidade nos debates acadêmicos por ser intrínseco ao cenário contemporâneo. Porém, considera-se ser de suma importância a compreensão de como esse fenômeno vem se manifestando no trabalho em saúde, sobretudo nos cenários hospitalares. Embora possamos encontrar diversas produções acadêmicas que abordem o trabalho em saúde, poucos são os estudos nacionais centrados no espaço UTI. E

esse espaço de trabalho torna-se de maior relevância acadêmica quando analisamos as tendências contemporâneas do trabalho, visto que uma de suas mais acentuadas características relaciona-se com sua forte regulação, se considerarmos de forma específica no território brasileiro, a internacionalização de alguns subsetores e setores hospitalares.

Nesse contexto, podemos exemplificar, no país, a aquisição da rede Amil, em 2012, pela *United Health Group* (UHG) dos Estados Unidos da América (EUA)³⁴. O UHG começa a regular mesmo que indiretamente esta empresa nacional de saúde suplementar, controlando a operação de planos e seguros privados de assistência médica à saúde. Sá et al. (2018) enfatiza que a UHG é a maior empresa de seguros privados dos EUA.

Ainda a respeito da financerização da saúde, cabe mencionar que em 2015, a Lei 13.097, que alterou as regras da Lei nº 8.080, permitiu a participação de conglomerados internacionais na saúde, direta e indiretamente, como também o seu controle nas ações e cuidados a saúde. Scheffer (2015) em seu artigo: “O capital estrangeiro e a privatização do sistema de saúde brasileiro” considerou que os fundamentos políticos e econômicos do SUS foram abalados com a Lei 13.097 e com a Emenda Constitucional (EC) 86, cristalizando o subfinanciamento do SUS.

Além disso, a precarização que dirige a relação capital-trabalho no país, tem repercussão direta no trabalho em saúde, tanto no setor público quanto no privado. No âmbito dos hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS), as regras para a flexibilização das relações de trabalho na administração pública têm o respaldo na Emenda Constitucional (EC) nº 19 de 1998, dando uma nova redação à Constituição Federal de 1988 (MACHADO; KOSTER, 2011, p.197). As principais formas de contratação indireta que são utilizadas do SUS são por terceirização, cooperativas, trabalho vinculado indiretamente por meio de Organizações Sociais (OS), trabalho por contratos temporários, trabalho vinculado indiretamente por meio de entidades filantrópicas e fundações privadas. Araújo (2006) considera que os contratos temporários assim como aqueles feitos por meio de cooperativas podem abranger tanto relações de trabalho por CLT, quanto informais, irregulares juridicamente e desprotegidos de garantias sociais. Pires (2009) pontua que a precarização do trabalho além de envolver a falta de direitos trabalhistas e previdenciários, relaciona-se na também pela ausência de concurso público ou processo seletivo público para cargo permanente ou emprego público no SUS.

³⁴ Este fenômeno foi ancorado pela lei 9.656 de 1998 que regulamenta sobre os planos de saúde no território brasileiro.

Como no SUS, os hospitais da rede privada também apresentam modalidades de arranjos flexíveis de trabalho. Podemos citar a prática predominantemente da “pejotização”³⁵, ou seja, uma transformação do trabalhador (pessoa física) em PJ (pessoa jurídica) encobrindo uma verdadeira relação de emprego e descaracterizando a relação laboral e grande parte de seus efeitos (TEIXEIRA, 2016). Esta modalidade de trabalho também predomina atualmente nas instituições hospitalares do SUS.

Estudos como o de Carvalho (2010) e Huff (2017) destacam que os maiores casos de pejotização envolvem as contratações dos profissionais médicos. O estudo de Souza e Mendes (2016) revela essa prática na classe da fisioterapia. Santos (2009) considera que essa modalidade de relação de trabalho, como um instrumento fraudulento, manuseado em burlar os direitos constitucionais e os direitos do trabalhador, a favor da obtenção de lucro empresarial.

Em relação aos hospitais militares, na esfera do Ministério da Defesa, a precarização das relações de trabalho teve como marco a Lei nº 8.745/93. Essa legislação estabelece a possibilidade de vínculos de contratos temporários, incluindo os profissionais de saúde, consolidando-se no art. 2º, que diz: “considera-se necessidade temporária de excepcional interesse público. Inciso IV: atividades finalísticas do Hospital das Forças Armadas” (BRASIL, 1993).

Nesse sentido, durante o processo de elaboração dos MRs no posto de trabalho, as anotações de Lima (2017) foram consideradas como formas de contratação flexibilizada por serviços temporários em UTI:

as relações de contratação de trabalho dos profissionais de saúde são constituídas por vínculo militar e civil. O primeiro caso engloba a maioria da força de trabalho do hospital, abrangendo militares de carreira e militares sob o regime de contratação temporária, ambos incorporados à política salarial e trabalhista do Governo Federal - Ministério da Defesa. As relações de trabalho de vínculo civil envolvem servidores públicos conveniados ao Ministério da Defesa. Além destes, há prestadores de serviços regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) por empresas terceirizadas como os serviços de higienização, hotelaria, nutrição, desinfecção hospitalar e manutenção de equipamentos eletrônicos.

Os escritos de Lima (2017) encontram corroboração nos trabalhos de Sodré et al. (2013), ao afirmar que a diversidade de vínculos gera reflexos nos processos de trabalho, tanto no aspecto legal dessas contratações, quanto nas diferentes relações entre contratado e contratante, no que tange a força sindical, remuneração, carga horária e outros benefícios.

³⁵ Nessa modalidade de trabalho, o trabalhador é contratado como prestador de serviço, abrindo mão dos seus direitos (férias, hora extra, insalubridade, adicional noturno, 13º salário, dentre outros).

Isso tem causado desigualdades entre os trabalhadores da mesma categoria, que estão inseridos no mesmo espaço de trabalho. Sodré et al. (2013, p.368) acrescenta que os novos arranjos decorrentes das tendências atuais do mundo do trabalho em saúde configuram-se em setores de trabalho pouco saudáveis, o que o autor denomina como *arenas competitivas*.

Retomando a questão da Lei nº 8.745/93, a partir de sua regulamentação, houve a redução de concursos no meio militar, por ingresso tradicional (efetivo) e o aumento dos processos seletivos para contratos temporários. Estes processos seletivos são destinados aos candidatos com até 40 anos de idade (BRASIL, 1993). Após este processo, os trabalhadores temporários (inclusive os da saúde) já inseridos nas atividades operacionais, podem ter seus contratos renovados anualmente por até 8 anos, após este tempo, esses militares vão para a reserva não renumerada. Esse contrato de vínculo temporário não é renovado caso o trabalhador complete 45 anos de idade.

Torna-se relevante considerar que as novas tendências da gestão do trabalho nos ambientes hospitalares são processos considerados complexos, ou seja, nesse cenário laboral há diferentes formas de vínculos de trabalho e de categorias profissionais, assim como também há trabalhadores de saúde da mesma categoria profissional, mas com contratos de trabalho distintos, com legislações que regulam o trabalho e remunerações diferenciados.

Nos cenários hospitalares, de forma específica nas UTIs, o processo de gestão flexível submete os trabalhadores de saúde as mais variadas formas de relações de trabalho, entre as quais podemos citar: trabalhos por prestação de serviço, trabalho temporário, assalariados de empresas terceirizadas, membros de cooperativas, trabalhadores que são contratados somente para realizar atividades especiais (como plantonistas nas UTIs).

Em UTI, esse fenômeno expressa-se de forma distinta entre as diversas categorias profissionais de saúde e subcategorias, na divisão parcelar do trabalho, ainda que prevaleça a divisão técnica do trabalho, entre quem planeja e quem executa as ações. Estudos como o de Rocha et al. (2015) são consoantes a este argumento ao referir-se as transformações técnicas e organizacionais do trabalho médico em UTI, concluindo que a preponderância da ausência de vínculos trabalhistas estáveis e precedência de escolha pela atividade de plantões devido às atuais condições salariais geram consequências para a vida e a saúde dessa classe.

Estes argumentos também são bem destacados na categoria da enfermagem, como nas pesquisas de Campos e David (2010) e Gonçalves (2015). O primeiro estudo refere-se à reorganização dos processos de trabalho em UTI (em um hospital privado) e as consequências significativas da precarização do trabalho para esta classe profissional. E no segundo estudo,

aborda as repercussões no modelo neoliberal para os trabalhadores de enfermagem (de um hospital público) e as implicações para a saúde destes trabalhadores.

Podemos considerar também que a instabilidade contratual, no contexto do capitalismo flexível, acomete os aspectos subjetivos dos trabalhadores de saúde, pelo medo de perder o emprego e pela desproteção social, (SOUZA, 2016). Seguindo essa lógica, concordamos com os escritos de Antunes e Praun (2015), quando descrevem que a flexibilização é uma base para o adoecimento do trabalhador.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação nasceu de minha própria inquietação como trabalhadora da saúde para entender o modo como o trabalho e as relações entre trabalhadores da saúde e usuários se reproduzem em um espaço altamente especializado e restrito do setor hospitalar, a UTI. Inquietação esta que poderia desdobrar-se em muitos caminhos e tornar-se irrealizável no curto espaço de tempo da pós-graduação para uma aluna trabalhadora. Ciente dos limites, mas sem afastar-me das inquietações que me levaram a buscar uma pós-graduação fora da enfermagem, o objetivo deste estudo foi analisar as relações entre as tendências contemporâneas do trabalho em saúde, descritas pela literatura tanto da Sociologia do Trabalho, quanto pela saúde pública, e a organização do espaço e do trabalho em UTI. Para tanto, após uma breve revisão da literatura, procurei fazer uma descrição do espaço e do modo como as UTI estão organizadas. Como a opção foi por não fazer um trabalho de campo, até em função de minha necessidade pessoal de conjugar mestrado com o trabalho como enfermeira de uma UTI, acabei utilizando para dar contexto a minha interpretação da literatura e a frente possibilitar uma descrição mais detalhada da organização e estrutura de uma UTI, um caderno de campo no qual registrei minha experiência pessoal na CIPA no hospital em que trabalho.

A primeira impressão para quem entra em uma UTI é de que as tecnologias são constituintes e definidoras desse espaço hospital. Para quem tem o seu cotidiano de trabalho em uma UTI a impressão é que seus ritmos, seus movimentos, seus horários e seus corpos são organizados pelas tecnologias incorporadas ao emaranhado de equipamentos e seu *software*. O controle não pertence ao trabalhador.

Fazer essa dissertação me propiciou um olhar único sobre meu próprio trabalho e meu corpo. Como enfermeira com especialização em saúde do trabalhador me permitiu também analisar muitas dimensões do trabalho contemporâneo em saúde que são pouco discutidas em espaços como a CIPA. O lugar e a dimensão da tecnologização é uma delas. Desse processo se origina a perda do controle sobre seu trabalho, mas sobretudo a intensificação do trabalho. Hoje as tecnologias (equipamentos e *software*) ordenam o cuidado em saúde e o trabalho. A fragmentação, a parcerização, e a diversidade de formas de contratação e gestão dos trabalhadores também não recebem a devida atenção dos cipeiros, muito embora sentidas pelos trabalhadores e expressas de muitas formas. Esses processos são caracterizados pela literatura aqui analisada como elementos da precarização do trabalho. No labor em UTI,

esses elementos produzem impactos tanto nas formas como o trabalho é organizado, como também nas suas formas de gestão.

O processo de reorganização do padrão de acumulação capitalista e o redesenho da divisão internacional do trabalho são fundamentados pelos desígnios neoliberais, alterando o interior dos postos de trabalho. Estas alterações condicionam as transformações do trabalho quanto a sua natureza, o seu conteúdo e o seu sentido. Quanto à natureza do trabalho, seus efeitos produzem a acentuada exploração do trabalho imaterial; tais transformações alteram também o conteúdo do trabalho em saúde demarcado pela acentuada produtividade, associado às exigências e as cobranças por resultados, referenciados pelos ideários de qualidade total (ANTUNES, PRAUN, 2015). Em relação ao sentido do trabalho, a UTI é caracterizada como um espaço em saúde, dentro do ambiente hospitalar, onde todas as práticas de saúde são urgentes pela gravidade dos indivíduos enfermos. Com isto, muitas vezes o trabalhador não se identifica na super exploração de sua força de trabalho, ou seja, a naturalização deste molde de trabalho influenciado pelo capital.

Na lógica neoliberal, o trabalho neste espaço em saúde é medido pela sua capacidade de gerar produtividade, mas sem aumentar custos na produção. Além disto, transversalizam outras formas de exploração dos trabalhadores relacionadas à organização do trabalho em UTI, por meio da super intensificação do labor por demandas acentuadas de cobrança, ritmo e ciclos de rigidez. A acentuação do trabalho imaterial em UTI além de exigir mais esforço físico dos trabalhadores de saúde, requer também esforço mental e emocional devido às particularidades deste espaço de trabalho, evoluindo conseqüentemente ao desgaste operário e ao desenvolvimento de doenças relacionadas ao trabalho.

Os problemas de saúde sempre tiveram relação com as determinações políticas, sociais e econômicas de grupos de pessoas. Nesse contexto, Rosso (2005), ao analisar as doenças decorrentes do trabalho material e imaterial na reconfiguração do mundo do trabalho contemporâneo, denota que intensificação da pressão por produtividade pode ser fonte de adoecimento aos trabalhadores e trabalhadoras, sobretudo no setor saúde. As doenças relacionadas ao trabalho material acometem a estrutura física do trabalhador, como os inúmeros casos de acidentes de trabalho. E as doenças relacionadas ao trabalho imaterial, como no caso da UTI, também causam problemas de saúde, no entanto, com o perfil diferenciado, *centrado em* “aspectos cognitivos, emotivos, relacionais, sociais do grupo a que pertence” (ROSSO, 2005, p.01).

Nas unidades críticas hospitalares, a super exploração da força de trabalho, concretiza-se pelo aumento da intensificação do trabalho imaterial tendo como paradigmas: o ritmo e

velocidade do trabalho, a polivalência, o acúmulo de atividades, alongamento das jornadas, versatilidade e flexibilidade e a gestão por resultados, demarcando o processo de extração de mais valia absoluta nos trabalhadores de saúde em UTI. Como também, pelo uso de alta tecnologia em equipamentos biomédicos demarcam a extração de mais valia relativa.

Mendes (2018) completa os argumentos de Rosso (2005), destacando tendências a dois tipos de adoecimento que podem estar relacionados à nova morfologia do trabalho: o primeiro grupo envolvendo “patologias da sobrecarga e do desgaste”, como fadiga física e mental, lesões por esforços repetitivos, distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (LER/Dort), Síndrome de *Burnout*, e mortes por exaustão e excesso de trabalho, dentre outras. O segundo grupo envolve o que o autor denomina “patologias da solidão ou silêncio”, como transtornos mentais depressivos e suicídio relacionado ao trabalho.

As metamorfoses do mundo do trabalho expõem os trabalhadores aos diversos riscos, tanto os riscos ambientais descritos neste estudo, quanto aos riscos sociais, que são manifestados principalmente pela falta de amparo social, demarcado pela perda dos direitos trabalhistas, pelo acentuado desemprego e pela instabilidade quanto ao futuro.

Nesse aspecto, consideramos importante destacar que embora a normativa trabalhista que aborda MRs nos postos de trabalho no país determine uma associação com outras metodologias ativas para avaliação dos riscos ambientais, ainda assim ela restringe-se somente aos moldes de higiene ocupacional, limitando-se à relação entre o ambiente de trabalho e o corpo do trabalhador, não abordando as diversas determinações do trabalho, como os aspectos sociais e políticos. Dessa forma, consideramos ser de suma importância maiores aprofundamentos em futuras pesquisas, acerca das múltiplas determinações do trabalho em saúde em relação ao processo de adoecimento dos trabalhadores em UTI.

Os preceitos neoliberais impactam também no trabalho em UTI com seus desdobramentos que exigem trabalhadores polivalentes e com domínio nos aparatos tecnológicos utilizados no setor saúde, tendendo à redução de trabalhadores nos postos de trabalho. Outra tendência intrínseca do trabalho contemporâneo envolve a substituição do trabalho vivo pelo uso de máquinas e equipamentos. Todavia, no trabalho em saúde, sobretudo em UTI (de grandeza imaterial), o produto é um serviço e não mercadoria, logo se torna impossível substituir o trabalhador por recursos tecnológicos. Além disto, o trabalho coletivo nestas unidades críticas impõe a atuação de diversos trabalhadores e exige comunicação entre eles.

Ainda no tocante à organização do trabalho em UTI, prevalece o sistema rígido taylorista, associado à divisão do trabalho que se fundamenta em uma estrutura verticalizada,

ou seja, em moldes hierarquizados de poderes decisórios em saúde, fundamentados na lógica biomédica.

Em relação aos preceitos de qualidade total, este estudo fez menção aos processos de Acreditação Hospitalar, que envolvem a ideia de eficiência e eficácia nos processos de gestão. Consideramos este processo engessado, com metas que contradizem o trabalho prescrito e o trabalho real do trabalhador em UTI, destinando-se apenas ao universo da empresa hospitalar, não considerando as limitações das cargas de trabalho dos profissionais de saúde.

Neste estudo foram mencionados também os principais indicadores de qualidade em terapia intensiva. Não foi proposto realizar uma análise crítica destas ferramentas de trabalho em saúde e considero que são importantes instrumentos para a qualidade dos serviços em UTI. Todavia me propus a correlacionar como o uso destes indicadores está associado à exploração dos trabalhadores por meio de metas e acentuada produtividade.

Se por um lado, a nova configuração do trabalho vem ainda desenvolvendo moldes verticalizados no processo de organização do trabalho, fundamentados no sistema taylorista, por outro lado, as formas de gestão do trabalho apresentam uma estrutura horizontalizada das empresas, mais comumente padrão do sistema toyotista.

No trabalho em saúde, observa-se que se terceirizam as atividades, inclusive em UTI. As tendências do trabalho no que tange a gestão do trabalho em saúde, também possuem elementos de precarização mediados pelas formas de regulação de trabalho, produzindo efeitos como perda e redução dos direitos trabalhistas, vínculos de trabalho não estáveis e a descartabilidade do trabalhador de saúde fundamentado pela lógica mercadológica.

Tomando como apoio o referencial teórico pesquisado, consideramos que a precariedade do trabalho em UTIs expande-se, atingindo os diversos serviços de saúde, no Brasil, tanto em hospitais da rede pública de saúde, como nos hospitais privados. As relações de trabalho dos profissionais de saúde que atuam em UTI, a cada dia, vão se flexibilizando e degradando a regulamentação o trabalho. Diante dessa realidade, os hospitais estruturados e de grande porte no país possuem esta unidade crítica, que passa por um processo de reestruturação produtiva.

O processo de reconfiguração do mundo do trabalho insere novas formas de organização e gestão do trabalho em UTI, processo este fundamentando na teoria de mais valor do trabalho. Portanto, esse estudo buscou identificar as fundamentações teóricas acerca do trabalho vivo, trabalho morto, trabalho material e trabalho imaterial, no labor em terapia intensiva, associando-se também com as formas de gestão do trabalho em saúde e suas repercussões aos trabalhadores nesse espaço de trabalho.

O estudo buscou ainda descrever situações e tendências contemporâneas do trabalho em saúde, de forma específica do espaço UTIs descrevendo os principais aparatos tecnológicos, terceirização e mudanças nas formas de gestão. No período pós-fordismo, os avanços tecnológicos e o espaço ocupado pelo trabalho imaterial expandiram-se muito, sendo características marcantes no trabalho em saúde. No espaço UTI, no Brasil, os trabalhadores da saúde são submetidos às mais variadas formas de exploração, apresentando impactos na forma em que o trabalho é organizado.

Uma das principais autoras acerca da Sociologia do Trabalho, no setor saúde (Pires, 2008), a qual nos referenciamos neste estudo, descreveu em suas pesquisas, fundamentações teóricas valiosas sobre as tendências contemporâneas do mundo do trabalho em saúde. No entanto, no momento do seu estudo, no cenário brasileiro, ainda não havia de forma tão corriqueira a precarização do trabalho nas formas de regulação do trabalho em saúde, como encontramos na atual conjuntura. Acreditamos assim, que novas pesquisas científicas devam ser realizadas, para que possamos melhor compreender como esse fenômeno social impacta aos trabalhadores que laboram nestes espaços.

Encontramos também diversos estudos acerca da intensificação do trabalho material no setor industrial (PRAUN, 2006; PRAUN; ANTUNES, 2015). No entanto, na sociedade capitalista moderna, a intensificação do trabalho não é um fenômeno homogêneo, estando presente em todas as atividades que concentram grandes volumes do capital, como nos ramos da saúde, onde o trabalhador é cobrado constantemente por resultados e por maior envolvimento do trabalho. Assim, também consideramos necessários outros estudos acadêmicos acerca da intensificação do trabalho imaterial no setor saúde, sobretudo em unidades críticas hospitalares e aprofundamento de pesquisas acerca das questões das modificações do mundo do trabalho e suas repercussões para a saúde dos trabalhadores.

Contudo, compreendemos que as tendências atuais do mundo do trabalho em UTI descritas neste estudo são reflexos de uma disputa, ou melhor, uma luta de classes entre trabalhadores e capitalistas detentores dos meios de produção. Na sociedade contemporânea, o capital obtém acentuadamente o controle da força de trabalho, de forma particular no setor saúde, mantendo a necessidade permanente de valorização e autorreprodução do sistema capitalista, por meio da acentuada exploração da classe trabalhadora.

REFERÊNCIAS

- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS - ABNT. NBR IEC 6060-1: **Equipamento eletromédico – Parte 1 – Prescrições gerais para segurança**. Rio de Janeiro, 1994.
- ABRAMIDES, Maria Beatriz Costa; CABRAL, Maria do Socorro Reis. **Regime de acumulação flexível e saúde do trabalhador**. Rev. São Paulo em Perspectiva. São Paulo, v. 17, n. 1, p. 3–10. 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/spp/v17n1/v17n1a01.pdf> Acesso em: 31 ago. 2020.
- AIRES, Renan Felinto de Farias; SALGADO, Camila Cristina Rodrigues; NETO, José Camelo Silveira. **Segurança e Saúde no Trabalho: Estudo do Funcionamento da CIPA de um Hospital Universitário**. Rev. Tekhne e Logos, Botucatu, v. 4, n. 2, Agosto, 2013. Disponível em: <http://revista.fatecbt.edu.br/index.php/tl/article/viewFile/181/171> Acesso em: 31 ago. 2020.
- ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho**. 16 ed. São Paulo: Cortez, 2015.
- _____, Ricardo. Dimensões de precarização estrutural do trabalho. In: DRUCK, Graça. FRANCO, Tânia (Org.). **A perda da razão social do trabalho: terceirização e precarização**. São Paulo: Boitempo editorial; 2007. p. 13-22.
- _____, Ricardo. **A desertificação neoliberal no Brasil (Collor, FHC e Lula)**. 2 ed. Campinas: Autores Associados, 2005.
- _____, Ricardo. **O caracol e a concha: ensaios sobre a nova morfologia do trabalho**. São Paulo: Boitempo editorial, 2005.
- _____, Ricardo. **Sentidos do trabalho: ensaios sobre a negação e a afirmação do trabalho**. São Paulo: Boi Tempo editorial, 2000.
- _____, Ricardo. PRAUN, Luci. **A sociedade dos adoecimentos no trabalho**. Rev. Serviço Soc. São Paulo, n. 123, jul./set. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ssoc/n123/0101-6628-ssoc-123-0407.pdf> Acesso em: 31 ago. 2020.
- _____, Ricardo. DRUCK, Graça. A epidemia da terceirização. In: ANTUNES, Ricardo (Org.). **Riqueza e miséria do trabalho**. São Paulo: Boitempo, 2014. v. 03, p. 13-24.
- _____, Ricardo. DRUCK, Graça. **Terceirização como regra?** Rev. TST, Brasília, v. 79, n. 4, out/dez 2013. Disponível em: <https://juslaboris.tst.jus.br/handle/20.500.12178/55995>. Acesso em: 31 ago. 2020.
- ARAÚJO, Lídice Maria et al.,. Para subsidiar a discussão sobre a Desprecarização do Trabalho no SUS. In: **Cadernos RH Saúde**. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. v. 03, nº 1, 2006. p. 163 – 174. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_rh.pdf. Acesso em: 31 ago. 2020.

BRAGA, Daphne. **Acidente de trabalho com material biológico em trabalhadores da equipe de enfermagem do Centro de Pesquisas Hospital Evandro Chagas.** [Mestrado] Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2000. Disponível em: https://portalteses.icict.fiocruz.br/transf.php?script=thes_chap&id=00001203&lng=pt&nrm=iso

BRAGA, Ruy. A angústia dos subalternos. In: BRAGA, Ruy. **A política do precariado: do populismo à hegemonia lulista.** São Paulo: Boitempo. USP - Programa de Pós-Graduação em Sociologia, 2012. (Coleção Mundo do Trabalho).

BRASIL, Ministério da Educação. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. **Catálogo de Mapas de Riscos do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados** – Divisão de Gestão de Pessoas HU-UFGD/Ebserh – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: 2018. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/documents/16692/3345908/Anexo+Resolu%C3%A7%C3%A3o+59+-+CAT%C3%81LOGO+DE+MAPAS+DE+RISCOS+DO+HU.pdf/9ae0f559-1824-44d4-a08f-f35b4c5cf5e2> Acesso em: 31 ago. 2020.

_____, Ministério da Saúde. Portaria nº 895 de 31 de Março de 2017. **Institui o cuidado progressivo ao paciente crítico ou grave com critérios de elegibilidade para admissão e alta, de classificação e de habilitação de leitos de Terapia Intensiva adulto, pediátrico, unidade coronariana, queimados e cuidados intermediários adulto e pediátrico no âmbito do Sistema Único de Saúde.** BRASÍLIA: 2017. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/portaria-no-895-de-31-de-marco-de-2017> Acesso em: 31 ago. 2020.

_____, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde.** Brasília: Anvisa, 2017. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+4+-+Medidas+de+Preven%C3%A7%C3%A3o+de+Infec%C3%A7%C3%A3o+Relacionada+%C3%A0+Assist%C3%Aancia+%C3%A0+Sa%C3%BAde/a3f23dfb-2c54-4e64-881c-fccf9220c373> Acesso em: 31 ago. 2020.

_____, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **RDC n. 07, de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências.** Brasília: Anvisa, 2010. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/rdc-07-2010>. Acesso em: 31 ago. 2020.

_____, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **RDC nº 36 de 25 de Julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.** Brasil: Anvisa, 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html. Acesso em: 31 ago. 2020.

_____, Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 529, de 01 de abril de 2013. **Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).** Brasília: 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html Acesso em: 31 ago. 2020.

_____, Ministério do Trabalho e Emprego. **Norma Regulamentadora n. 9 - Programa de Prevenção de Riscos Ambientais.** Brasília: 2009. Disponível em: <http://www.guiatrabalhista.com.br/legislacao/nr/nr9.htm>. Acesso em: 31 ago. 2020.

_____, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Gestão do Trabalho na Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2007. – (Coleção Progestores – para entender a Gestão do SUS, nº. 5). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/collec_progestores_livro1.pdf. Acesso em: 31 ago. 2020.

_____, Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria n. 485 de 11 de Novembro de 2005. **Norma Regulamentadora n. 32. Estabelecer as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral.** Brasília: 2005. Disponível em: <http://www.guiatrabalhista.com.br/legislacao/nr/nr32.htm>. Acesso em: 31 ago. 2020.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Manual brasileiro de acreditação hospitalar.** Brasília: 2002. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acreditacao_hospitalar.pdf Acesso em: 31 ago. 2020.

_____, Lei n. 10.101, de 19 de Dezembro de 2000. **Regulamenta à participação dos empregados nos lucros e resultados das empresas.** Brasília: 2000. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=849105&filename=LegislacaoCitada+-PL+694/2011. Acesso em: 31 ago. 2020.

_____, Ministério do Trabalho e Emprego. **Norma Regulamentadora n. 05 – Comissão Interna de Prevenção de Acidentes.** Portaria nº 25, de 29 de Dezembro de 1994. Brasília: 1994. Disponível em: http://www.trtsp.jus.br/geral/tribunal2/LEGIS/CLT/NRs/NR_5.html Acesso em: 31 ago. 2020.

_____, Lei n. 8.745 de 09 de Dezembro 1993. **Regulamenta a contratação por tempo determinado para atender a necessidade temporária de excepcional interesse público, nos termos do inciso IX do art. 37 da Constituição Federal, e dá outras providências.** Brasília: 1993. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8745cons.htm. Acesso em: 31 ago. 2020

_____, Ministério do Trabalho e Emprego. **Portaria nº 05 de 18/08/92. Dispõe sobre modificações na NR-9 (Riscos Ambientais) e a obrigatoriedade de elaboração de Mapas de Riscos pelas empresas que possuam CIPAs.** Brasília: 1992. Disponível em: https://sit.trabalho.gov.br/portal/images/SST/SST_legislacao/SST_portarias_1992/Portaria_05_Mapa_de_Risco_revogada_pela_25_94.pdf Acesso em: 31 ago. 2020.

_____, Ministério da Saúde. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.** Brasília: 1990; Disponível em: <https://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/setembro/30/Lei-8080.pdf> Acesso em: 31 ago. 2020.

_____, Senado Federal. Constituição da República Federativa do Brasil. Artigos 6 e 7. Brasília, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm Acesso em: 31 ago. 2020.

BRISTOT, Vilson Menegon. **Introdução à engenharia de segurança do trabalho**. Criciúma, SC: UNESC. Associação Brasileira de Editoras Universitárias (ABEU). 2019. Disponível em: <http://repositorio.unesc.net/bitstream/1/6948/1/Introdu%C3%A7%C3%A3o%20%C3%A0%20engenharia%20de%20seguran%C3%A7a%20do%20trabalho.pdf> Acesso em: 31 ago. 2020.

BRITO, Jussara Cruz. Trabalho Prescrito. In: PEREIRA, Isabel Brasil; FRANÇA, Júlio César de França Lima. (Org.). **Dicionário de Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/Trabalho.pdf>. Acesso em: 31 ago. 2020.

CAMPINHO, Fábio de Almeida Rego. **Participação nos lucros ou resultados: subordinação e gestão da subjetividade**. Rev. da Faculdade de Direito UFPR. 2009. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/direito/article/view/6999> Acesso em: 31 ago. 2020.

CAMPOS, Juliana Faria; DAVID, Helena Scherlowski Leal. **Avaliação do contexto de trabalho em terapia intensiva sob o olhar da psicodinâmica do trabalho**. Rev. Escola de Enfermagem USP. São Paulo, v. 45, n. 02. São Paulo: 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n2/v45n2a08.pdf>. Acesso em: 31 ago. 2020.

CARVALHO, Maria Amélia Lira de. **Pejotização e descaracterização do contrato de emprego: o caso dos médicos em salvador- Bahia. 2010**. Dissertação de Mestrado em ciências da saúde UFPA. Paraná: 2010. Disponível em: <http://livros01.livrosgratis.com.br/cp145996.pdf>. Acesso em: 31 ago. 2020.

CASTRO, Ramon Pena. Trabalho Abstrato e Trabalho Concreto. In: PEREIRA, Isabel Brasil; FRANÇA, Júlio César de França Lima. (Org.). **Dicionário de Educação Profissional em Saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/Dicionario2.pdf> Acesso em: 31 ago. 2020.

CEOLIN, George Francisco. **Crise do capital, precarização do trabalho e impactos no Serviço Social**. Rev. Serv. Soc. Soc. n.118. São Paulo: 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-66282014000200003&script=sci_arttext Acesso em: 31 ago. 2020.

DALLAGO, Clemilda. S. T. Relações de trabalho e modo de produção capitalista. In: LOURENÇO, Edvânia Angela de Souza. et al., **Mundo do Trabalho e Reestruturação Produtiva. Trabalho, Saúde e Serviço Social**. Textos apresentados no VII Seminário de Saúde do Trabalhador de Franca. 1. ed. Curitiba: Edição Editora CRV, 2010, Co-edição UNESP, 2010. Disponível em: http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC00000001120120010100045&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 31 ago. 2020.

DUARTE; Nei Santos; MAURO, Maria Yvone C. **Análise dos fatores de riscos ocupacionais do trabalho de enfermagem sob a ótica dos enfermeiros**. Rev. bras. Saúde ocupacional. São Paulo. v. 35, n. 121. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbso/v35n121/17.pdf> Acesso em: 31 ago. 2020.

FERREIRA, Mario César; MENDES, Ana Magnólia. Contexto de trabalho. In: SIQUEIRA, Mirlene Maria Matias Siqueira (org.). **Medidas do comportamento organizacional: ferramentas de diagnóstico e de gestão**. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 111-125. Disponível em: <http://www.ergopublic.com.br/arquivos/1256235723.18-arquivo.pdf> Acesso em: 31 ago. 2020.

FRIGOTTO, Gaudêncio. Trabalho In: PEREIRA, Isabel Brasil; FRANÇA, Júlio César de França Lima. (Org.). **Dicionário de Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/Trabalho.pdf>. Acesso em: 31 ago. 2020.

GONCALVES, Francisco Gleidson de Azevedo et al., **Impactos do neoliberalismo no trabalho hospitalar de enfermagem**. Rev.Texto contexto – enfermagem. [online]. v. 24, n.03. 2015. p. 646-653. Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010407072015000300646&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 31 ago. 2020.

GURGEL JUNIOR, Garibaldi Dantas; VIEIRA, Marcelo Milano Falcão. **Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais**. Rev. Ciência & Saúde Coletiva, v. 7, n. 2, p. 325-34, 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232002000200012&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 31 ago. 2020.

HARVEY, David. **A condição pós-moderna**. São Paulo: Loyola, 2013.

HÖKERBERG, Yara Hahr Marques et al. **O processo de construção de mapas de risco em um hospital público**. Rev. Ciência e Saúde Coletiva. v.11. n. 2. 2006. p. 503-513. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n2/30437.pdf>. Acesso em: 31 ago. 2020.

HUFF, Juliana Botelho. **Trabalho médico: personalidade jurídica, cooperativismo e fraude**. v. 01. n. 08. 2017. Disponível em: https://juslaboris.tst.jus.br/bitstream/handle/20.500.12178/144317/2017_huff_juliana_trabalho_medico.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 31 ago. 2020.

LAURELL, A. C.; NORIEGA, M. **Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário**. São Paulo: Hucitec, 1989.

LIMA, Júlio César. Trabalho e educação profissional em saúde no Brasil. In: BRAGA, Ialê Falleiros. et al., (Orgs.). **O Trabalho no Mundo Contemporâneo. Fundamentos e desafios para a saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz./EPSJV, 2016.

LIMA, Roberta Araújo. **Notas pessoais do caderno de campo da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes na elaboração de mapas de riscos ambientais**. Rio de Janeiro. 2017.

MACHADO, Maria H; KOSTER, Isabela. Emprego e trabalho na saúde no Brasil: as políticas de desprecarização do Sistema Único de Saúde. In: ASSUNÇÃO, Ada A.; BRITO, Jussara. **Trabalhar na Saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego**. Rio de Janeiro: Fiocruz.2011.

MAIA, Francisco Eudison da Silva et al. **Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e as ações de saúde coletiva na perspectiva da Fisioterapia**. Rev. Fisioterapia e Saúde Funcional. Ago./Dez.; v. 3. n. 02. 2014. Disponível em: http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/13440/1/2014_art_fesmaia.pdf Acesso em: 31 ago. 2020.

MARTINS, Maria Inês Carsalade; MOLINARO, Alex. **Reestruturação produtiva e seu impacto nas relações de trabalho nos serviços públicos de saúde no Brasil**. Rev. Ciência & Saúde Coletiva. v. 18. n. 06. 2013. p.1667-1676. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S141381232013001400018&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 31 ago. 2020.

MARX, Karl. **O Capital**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira v.02 2002.

MATTOS, Ubirajara A de O; FREITAS, Nilton Benedito B. **Mapa de risco no Brasil: as limitações da aplicabilidade de um modelo operário**. Caderno de Saúde Pública. v.10. n. 2. 1994. p. 251-8. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/1994.v10n2/251-258/>. Acesso em: 31 ago. 2020.

MELO, Hildete Pereira. **O setor serviços no Brasil: uma visão global – 1985/95**. IPEA, Rio de Janeiro. Texto para Discussão, nº 549. 1998. Disponível em: <http://bibliotecadigital.seplan.planejamento.gov.br/bitstream/handle/iditem/385/IPEA%20TD%200549%20-%20Servi%C3%A7os%20no%20Brasil.pdf?sequence=1>. Acesso em: 31 ago. 2020.

MELO, Cristina Maria Meira de. et al., Trabalho. In: GONDIM, Grácia Maria de Miranda (Orgs). CÓRDOVA, M. A. MIYASHIRO, C.G (Org.) **Técnico de vigilância em saúde: contexto e identidade**. v. 01. Rio de Janeiro: Fiocruz/EPSJV, 2017. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/livro1.pdf> Acesso em: 31 ago. 2020.

MENDES, René; DIAS, Elizabeth Costa. **Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador**. Rev. de Saúde Pública. v. 25. 1991. p. 341-349. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S003489101991000500003&script=sci_arttext&tlng=es. Acesso em: 31 ago. 2020.

MENDES, René (Orgs). **Dicionário de saúde e segurança do trabalhador: conceitos – definições – história – cultura**. Novo Hamburgo: Proteção Publicações, 2018.

MENDES GONÇALVES, Ricardo Bruno. **Práticas de Saúde: processos de trabalho e necessidades**. São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde, 1992. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mis-11635> Acesso em: 31 ago. 2020.

MENDES, Janice Dávila Rodrigues et al. Uso de Metodologias Ativas de Aprendizagem para a Educação na Saúde: Análise da Produção Científica. **Rev. Trab. educ. Saúde** v.13 supl.2 Rio de Janeiro 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S198177462015000500117&script=sci_arttext&tlng=pt Acesso em: 31 ago. 2020.

MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista. Trabalho em Saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; FRANÇA, Júlio César de França Lima. (Org.). **Dicionário de Educação Profissional**

em Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/Dicionario2.pdf> Acesso em: 31 ago. 2020.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo.** 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2005.

MESQUITA, Mario Cezar Barroso; MESQUITA, Sarah Tavares Pimenta. **Manual de formatação de trabalhos de conclusão de curso.** Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ. 2009. Disponível em: http://www.posgraduacao.epsjv.fiocruz.br/upload/Documento/doc_70.pdf. Acesso em: 31 ago. 2020.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In. MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** Rio de Janeiro: Petrópolis.Vozes. p. 9-29. 1994.

_____, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 8 ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MORAES, Paulo Wenderson Teixeira; BASTOS, Antônio Virgílio Bittencourt. **As LER/DORT e os fatores psicossociais.** Arq. bras. psicol., Rio de Janeiro , v. 65, n. 01, p. 2-20, jun. 2013 . Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180952672013000100002. Acesso em: 31 ago. 2020.

MUROFUSE, Neide Tiemi. **O adoecimento dos trabalhadores de enfermagem da fundação hospitalar do Estado de Minas Gerais: reflexo das mudanças no mundo do trabalho** [tese de doutorado]. Ribeirão Preto (SP): Universidade São Paulo; 2004. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-18082004-103448/pt-br.php>. Acesso em: 31 ago. 2020.

NETTO, José Paulo; BRAZ, Marcelo Fishier. **Economia Política: uma introdução crítica.** v.01. Coleção Biblioteca Básica de Serviço Social. São Paulo: Cortez, 2008. Disponível em:http://www.estudosdotrabalho.org/texto/gt9/a_centralizacao.pdf. Acesso em: 31 ago 2020.

OLIVEIRA, S. Relação de serviço, telemarketing e saúde: algumas aproximações. In: MINAYO-GOMEZ, C.; MACHADO, J. M. H.; PENA, P. G. L. (Org.). **Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 517-539.

OSÓRIO, Cláudia. et al,. O trabalho cotidiano no hospital: o ponto de vista da atividade de enfermagem. In: ASSUNÇÃO, Ada Avila; BRITO, Jussara. **Trabalhar na saúde. Experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego.** Rio de Janeiro: Fiocruz. 2015.

PASSOS, Rachel Gouveia; ARRUDA, Jerillee Silva de. **Trabalho docente em tempos neoliberais: implicações para a formação do Serviço Social Brasileiro.** Rev. Trabalho, Política e Sociedade, v. 02, n. 03, p. 325-342, jul-dez/2017. Disponível em: <http://www.ufrj.br/SEER/index.php?journal=RTPS&page=article&op=view&path%5B%5D=3315>. Acesso em: 31 ago. 2020.

PEDUZZI, Marina; SCHRAIBER, Lília Lima. Processo de trabalho em saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; FRANÇA, Júlio César de França Lima. (Org.). **Dicionário de Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009. p.320 a 328. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/Dicionario2.pdf> Acesso em: 31 ago. 2020.

PIALARISSI, Renata. **Precarização do Trabalho**. Rev. Adm. Saúde. v. 17, n. 66, jan-mar. 2017. Disponível em: <https://cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/11> Acesso em: 31 ago. 2020.

PINA, José Augusto; STOTZ, Eduardo Navarro. **Participação nos lucros ou resultados e banco de horas: intensidade do trabalho e desgaste operário**. Rev. Brasileira de Saúde Ocupacional, São Paulo, v. 36, n. 123, p. 162-176, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n123/0101-6628-sssoc-123-0407.pdf>. Acesso em: 31 ago. 2020.

PIRES, Denise. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: Annablume/CNTSS; 2008.

PIRES, Denise. **Reestruturação produtiva e conseqüências para o trabalho em saúde**. Revista Brasileira de Enfermagem. v. 53. n.02. p 251-263, abr.jun. 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003471672000000200010&script=sci_abstract&tlng=p t. Acesso em: 31 ago. 2020.

PIRES, Denise. Divisão técnica do Trabalho em saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; FRANÇA, Júlio César de França Lima. (Org.). **Dicionário de Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009. p. 130-135. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes.html>. Acesso em: 31 ago. 2020.

PIRES, D. E. P. P.; FILHO LUNARDI, W. D. N. O processo de trabalho. In: BRAGA, G. D. et al. **Curso de negociação do trabalho em saúde**. Rio de Janeiro: EAD: Escola Nacional de Saúde Pública, 2008. p. 119-130. (Cadernos de Textos).

PIRES, Denise. Precarização do trabalho em saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; FRANÇA, Júlio César de França Lima. (Org.). **Dicionário de Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009. p.317 a 320. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/pretrasau.html> Acesso em: 31 ago. 2020.

PINTO, Geraldo Augusto. **A organização do trabalho no século 20. Taylorismo, Fordismo e Toyotismo**. São Paulo: Expressão Popular. v.01. 2007. p. 37-46.

PORTO, Marcelo Firpo de Souza. Cadernos de Saúde do Trabalhador. **Análise de riscos nos locais de trabalho: conhecer para transformar**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2000. Disponível em: http://www.cerest.piracicaba.sp.gov.br/site/images/caderno3_analise_de_risco.pdf Acesso em: 31 ago. 2020.

PRAUN, Luci Dovaio. **Não sois máquina! Reestruturação produtiva e adoecimento na General Motors do Brasil**. Tese (Doutorado em Sociologia) — Instituto de Filosofia e Ciências Humanas/Departamento de Sociologia, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2014. Disponível em: http://repositorio.unicamp.br/jspui/bitstream/REPOSIP/281245/1/Praun_LucieneidaDovaio_D.pdf Acesso em: 31 ago. 2020.

ROCHA, Ana Paula Ferreira; SOUZA, Katia Reis de; TEIXEIRA, Liliane Reis. **A saúde e o trabalho de médicos de UTI neonatal: um estudo em hospital público no Rio de Janeiro.** Rev. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 25, n. 03, p. 843-862, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010373312015000300843&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 31 ago. 2020.

ROSSO, Sadi Dal. **Intensidade e imaterialidade do trabalho e saúde.** Rev. Trab. Educ. Saúde. Rio de Janeiro, v. 04, n. 01, p. 65-92, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462006000100005&script=sci_arttext. Acesso em: 31 ago. 2020.

SÁ, Edvaldo Batista de, et al. Capital Estrangeiro nos serviços de assistência à saúde e seus riscos. In: SÁ, Edvaldo Batista de, et al. **Brasil em desenvolvimento 2015: Estado, Planejamento e políticas públicas.** Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea). 2018. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/5890/1/Capital%20estrangeiro.pdf>. Acesso em: 31 ago. 2020.

SANTOS, Ronaldo Lima dos. **Fraudes nas relações de trabalho: morfologia e transcendência.** Rev. do TRT da 2ª Região, São Paulo, n. 3/2009, p. 71-111. Disponível em: https://juslaboris.tst.jus.br/bitstream/handle/20.500.12178/78799/2009_santos_ronaldo_fraud_es_relacoes.pdf?sequence=1. Acesso em: 31 ago. 2020.

SANTOS, Camille Correia. **O precariado escondido sob o véu da formação profissional: o caso das residências em área profissional da saúde.** Dissertação apresentada ao curso de mestrado na EPSJV. FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: http://www.posgraduacao.epsjv.fiocruz.br/upload/TCC/tcc_150.pdf. Acesso em: 31 ago. 2020.

SATO, Leny. Saúde e controle no trabalho: feições de um antigo problema. In: JACQUES, Maria da Graça; CODO, Wanderley (Orgs.). **Saúde mental e trabalho: leituras.** Petrópolis: Vozes, 2003. p. 31-49.

SCHEFFER, Mario. **O capital estrangeiro e a privatização do sistema de saúde brasileiro.** Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 31, n. 4, 2015, p. 663-666. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2015.v31n4/663-666/pt/>. Acesso em: 31 ago. 2020.

SODRE, Francis et al. **Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: um novo modelo de gestão?** Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 114, p. 365-380, abr./jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ssoc/n114/n114a09.pdf>. Acesso em: 31 ago. 2020.

SOUZA, Thiago Santos de Souza. Jorge Henrique Santos Saldanha, Ivan Maia de Mello Filósofo. **As relações de trabalho dos fisioterapeutas na cidade de Salvador, Bahia.** Saúde Soc. São Paulo, v.23, n.04, p.1301-1315, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n4/0104-1290-sausoc-23-4-1301.pdf>. Acesso em: 31 ago. 2020.

SOUZA, Helton Saragor de; MENDES, Áquilas (Orgs) . O processo do trabalho na enfermagem sob o fluxo tensionado. In. **Trabalho e Saúde no capitalismo contemporâneo: Enfermagem em foco.** Ed. DOC, 1ª ed. Rio de Janeiro. 2016.

SOUZA, Moema. Trabalho em saúde como a lógica mercantil determina seu processo de precarização. In: BRAGA, Ialê Falleiros et al., **O trabalho no mundo contemporâneo: fundamentos e desafios para a saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV. FIOCRUZ. 2016. p.109-128.

STEFANO, Sílvio Roberto; NOGUEIRA, Arnaldo José Mazzei. **Tendências do trabalho atípico no Brasil**. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 30, Salvador, 2006. Anais. Salvador: Associação Nacional dos Programas de Pós-Graduação em Administração, 2006. Disponível em: http://www.anpad.org.br/diversos/down_zips/10/enanpad2006-gprb-0655.pdf Acesso em: 31 ago. 2020.

TAVARES, Kelly Fernanda Assis et al. **A tecnologia dura na unidade de terapia intensiva e a subjetividade dos trabalhadores de enfermagem**. J Res Fundam Care Online. 2013; 5(4):681-88. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4767921.pdf>. Acesso em: 31 ago. 2020.

TEIXEIRA, Pedro. VALLE, Sílvio. **Biossegurança: uma abordagem multidisciplinar**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2010.

TRAESEL, Elisete Soares; MERLO, Alvaro Roberto Crespo. **Trabalho imaterial no contexto da enfermagem hospitalar: vivências coletivas dos trabalhadores na perspectiva da Psicodinâmica do Trabalho**. 2011. Rev. bras. Saúde ocup., São Paulo, 36 (123). 40-55. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S030376572011000100005&script=sci_abstract&lng=PT. Acesso em: 31 ago. 2020.

TEIXEIRA, Winston de Araújo. **A pejotização na prestação dos serviços públicos de saúde da administração pública brasileira**. Rev. de Direito Administrativo e Gestão Pública. v. 02, n.01, p.184 - 203 Jan/Jun. 2016. Disponível em: <file:///C:/Users/betal/Downloads/658-2381-1-PB.pdf>. Acesso em: 31 ago. 2020.

VASAPOLLO, Luciano. **O trabalho atípico e a precariedade**. São Paulo: Expressão Popular, 2005.

VIEIRA, Keila Furtado et al.; **A utilidade dos indicadores da qualidade no gerenciamento de laboratórios clínicos**. Rev. Bras. Patol. Med. Lab. v. 47 n. 03 p. 201-210 junho 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpml/v47n3/v47n3a02.pdf>. Acesso em: 31 ago. 2020.

WUNSCH, Paulo Roberto; MENDES, Jussara Maria Rosa. **O trabalho no contexto da reestruturação produtiva: determinações históricas e a relação com a saúde**. Rev. Textos e Contextos. V.14, n, 02, ago-dez. 2015. Porto Alegre. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=321543546007> Acesso em: 31 ago. 2020.

ANEXOS

ANEXO A - RESOLUÇÃO Nº 7, DE 24 DE FEVEREIRO DE 2010

Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, no uso da atribuição que lhe confere o inciso IV do Art.11 do Regulamento aprovado pelo Decreto nº 3.029, de 16 de abril de 1999, e tendo em vista o disposto no inciso II e nos §§ 1º e 3º do Art. 54 do Regimento Interno aprovado nos termos do Anexo I da Portaria nº 354 da ANVISA, de 11 de agosto de 2006, republicada no D.O.U., de 21 de agosto de 2006, em reunião realizada em 22 de fevereiro de 2010;

Adota a seguinte Resolução da Diretoria Colegiada e eu, Diretor-Presidente, determino sua publicação:

Art. 1º Ficam aprovados os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva, nos termos desta Resolução.

CAPÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES INICIAIS

Seção I Objetivo

Art. 2º Esta Resolução possui o objetivo de estabelecer padrões mínimos para o funcionamento das Unidades de Terapia Intensiva, visando à redução de riscos aos pacientes, visitantes, profissionais e meio ambiente.

Seção II Abrangência

Art. 3º Esta Resolução se aplica a todas as Unidades de Terapia Intensiva gerais do país, sejam públicas, privadas ou filantrópicas; civis ou militares.

Parágrafo único. Na ausência de Resolução específica, as UTI especializadas devem atender os requisitos mínimos dispostos neste Regulamento, acrescentando recursos humanos

e materiais que se fizerem necessários para atender, com segurança, os pacientes que necessitam de cuidados especializados.

Seção III Definições

Art. 4º Para efeito desta Resolução, são adotadas as seguintes definições:

I - Alvará de Licenciamento Sanitário: documento expedido pelo órgão sanitário competente Estadual, do Distrito Federal ou Municipal, que libera o funcionamento dos estabelecimentos que exerçam atividades sob regime de Vigilância Sanitária.

II - Área crítica: área na qual existe risco aumentado para desenvolvimento de infecções relacionadas à assistência à saúde, seja pela execução de processos envolvendo artigos críticos ou material biológico, pela realização de procedimentos invasivos ou pela presença de pacientes com susceptibilidade aumentada aos agentes infecciosos ou portadores de microrganismos de importância epidemiológica.

III - Centro de Terapia Intensiva (CTI): o agrupamento, numa mesma área física, de mais de uma Unidade de Terapia Intensiva.

IV - Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH: de acordo com o definido pela Portaria GM/MS nº 2616, de 12 de maio de 1998.

V - Educação continuada em estabelecimento de saúde: processo de permanente aquisição de informações pelo trabalhador, de todo e qualquer conhecimento obtido formalmente, no âmbito institucional ou fora dele.

VI - Evento adverso: qualquer ocorrência inesperada e indesejável, associado ao uso de produtos submetidos ao controle e fiscalização sanitária, sem necessariamente possuir uma relação causal com a intervenção.

VII - Gerenciamento de risco: é a tomada de decisões relativas aos riscos ou a ação para a redução das conseqüências ou probabilidade de ocorrência.

VIII - Hospital: estabelecimento de saúde dotado de internação, meios diagnósticos e terapêuticos, com o objetivo de prestar assistência médica curativa e de reabilitação, podendo dispor de atividades de prevenção, assistência ambulatorial, atendimento de urgência/emergência e de ensino/pesquisa.

IX - Humanização da atenção à saúde: valorização da dimensão subjetiva e social, em todas as práticas de atenção e de gestão da saúde, fortalecendo o compromisso com os

direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, raça, religião, cultura, orientação sexual e às populações específicas.

X - Índice de gravidade ou Índice prognóstico: valor que reflete o grau de disfunção orgânica de um paciente.

XI - Médico diarista/rotineiro: profissional médico, legalmente habilitado, responsável pela garantia da continuidade do plano assistencial e pelo acompanhamento diário de cada paciente.

XII - Médico plantonista: profissional médico, legalmente habilitado, com atuação em regime de plantões.

XIII - Microrganismos multirresistentes: microrganismos, predominantemente bactérias, que são resistentes a uma ou mais classes de agentes antimicrobianos. Apesar das denominações de alguns microrganismos descreverem resistência a apenas algum agente (exemplo MRSA - *Staphylococcus aureus* resistente à Oxacilina; VRE - Enterococo Resistente à Vancomicina), esses patógenos frequentemente são resistentes à maioria dos agentes antimicrobianos disponíveis.

XIV - Microrganismos de importância clínico-epidemiológica: outros microrganismos definidos pelas CCIH como prioritários para monitoramento, prevenção e controle, com base no perfil da microbiota nosocomial e na morbi-mortalidade associada a tais microrganismos. Esta definição independe do seu perfil de resistência aos antimicrobianos.

XV - Norma: preceito, regra; aquilo que se estabelece como base a ser seguida.

XVI - Paciente grave: paciente com comprometimento de um ou mais dos principais sistemas fisiológicos, com perda de sua autoregulação, necessitando de assistência contínua.

XVII - Produtos e estabelecimentos submetidos ao controle e fiscalização sanitária: bens, produtos e estabelecimentos que envolvam risco à saúde pública, descritos no Art.8º da Lei nº. 9782, de 26 de janeiro de 1999.

XVIII - Produtos para saúde: são aqueles enquadrados como produto médico ou produto para diagnóstico de uso "in vitro".

XIX - Queixa técnica: qualquer notificação de suspeita de alteração ou irregularidade de um produto ou empresa relacionada a aspectos técnicos ou legais, e que poderá ou não causar dano à saúde individual e coletiva.

XX - Regularização junto ao órgão sanitário competente: comprovação que determinado produto ou serviço submetido ao controle e fiscalização sanitária obedece à legislação sanitária vigente.

XXI - Risco: combinação da probabilidade de ocorrência de um dano e a gravidade de tal dano.

XXII - Rotina: compreende a descrição dos passos dados para a realização de uma atividade ou operação, envolvendo, geralmente, mais de um agente. Favorece o planejamento e racionalização da atividade, evitam improvisações, na medida em que definem com antecedência os agentes que serão envolvidos, propiciando-lhes treinar suas ações, desta forma eliminando ou minimizando os erros. Permite a continuidade das ações desenvolvidas, além de fornecer subsídios para a avaliação de cada uma em particular. As rotinas são peculiares a cada local.

XXIII - Sistema de Classificação de Necessidades de Cuidados de Enfermagem: índice de carga de trabalho que auxilia a avaliação quantitativa e qualitativa dos recursos humanos de enfermagem necessários para o cuidado.

XXIV - Sistema de Classificação de Severidade da Doença: sistema que permite auxiliar na identificação de pacientes graves por meio de indicadores e índices de gravidade calculados a partir de dados colhidos dos pacientes.

XXV - Teste Laboratorial Remoto (TRL): Teste realizado por meio de um equipamento laboratorial situado fisicamente fora da área de um laboratório clínico. Também chamado Teste Laboratorial Portátil - TLP, do inglês Point-of-care testing - POCT. São exemplos de TLR: glicemia capilar, hemogasometria, eletrólitos sanguíneos, marcadores de injúria miocárdica, testes de coagulação automatizados, e outros de natureza similar.

XXVI - Unidade de Terapia Intensiva (UTI): área crítica destinada à internação de pacientes graves, que requerem atenção profissional especializada de forma contínua, materiais específicos e tecnologias necessárias ao diagnóstico, monitorização e terapia.

XXVII - Unidade de Terapia Intensiva - Adulto (UTI-A): UTI destinada à assistência de pacientes com idade igual ou superior a 18 anos, podendo admitir pacientes de 15 a 17 anos, se definido nas normas da instituição.

XXVIII - Unidade de Terapia Intensiva Especializada: UTI destinada à assistência a pacientes selecionados por tipo de doença ou intervenção, como cardiopatas, neurológicos, cirúrgicos, entre outras.

XXIX - Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI-N): UTI destinada à assistência a pacientes admitidos com idade entre 0 e 28 dias.

XXX - Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTI-P): UTI destinada à assistência a pacientes com idade de 29 dias a 14 ou 18 anos, sendo este limite definido de acordo com as rotinas da instituição.

XXXI - Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica Mista (UTIPm): UTI destinada à assistência a pacientes recém-nascidos e pediátricos numa mesma sala, porém havendo separação física entre os ambientes de UTI Pediátrica e UTI Neonatal.

CAPÍTULO II DAS DISPOSIÇÕES COMUNS A TODAS AS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA

Seção I Organização

Art. 5º A Unidade de Terapia Intensiva deve estar localizada em um hospital regularizado junto ao órgão de vigilância sanitária municipal ou estadual.

Parágrafo único. A regularização perante o órgão de vigilância sanitária local se dá mediante a emissão e renovação de alvará de licenciamento sanitário, salvo exceções previstas em lei, e é condicionada ao cumprimento das disposições especificadas nesta Resolução e outras normas sanitárias vigentes.

Art. 6º O hospital no qual a Unidade de Terapia Intensiva está localizada deve estar cadastrado e manter atualizadas as informações referentes a esta Unidade no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Art. 7º A direção do hospital onde a UTI está inserida deve garantir:

I - o provimento dos recursos humanos e materiais necessários ao funcionamento da unidade e à continuidade da atenção, em conformidade com as disposições desta RDC;

II - a segurança e a proteção de pacientes, profissionais e visitantes, inclusive fornecendo equipamentos de proteção individual e coletiva.

Art. 8º A unidade deve dispor de registro das normas institucionais e das rotinas dos procedimentos assistenciais e administrativos realizados na unidade, as quais devem ser:

I - elaboradas em conjunto com os setores envolvidos na assistência ao paciente grave, no que for pertinente, em especial com a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.

II - aprovadas e assinadas pelo Responsável Técnico e pelos coordenadores de enfermagem e de fisioterapia;

III - revisadas anualmente ou sempre que houver a incorporação de novas tecnologias;

IV - disponibilizadas para todos os profissionais da unidade.

Art. 9º A unidade deve dispor de registro das normas institucionais e das rotinas relacionadas a biossegurança, contemplando, no mínimo, os seguintes itens:

I - condutas de segurança biológica, química, física, ocupacional e ambiental;

II - instruções de uso para os equipamentos de proteção individual (EPI) e de proteção coletiva (EPC);

III - procedimentos em caso de acidentes;

IV - manuseio e transporte de material e amostra biológica.

Seção II Infraestrutura Física

Art. 10. Devem ser seguidos os requisitos estabelecidos na RDC/Anvisa n. 50, de 21 de fevereiro de 2002.

Parágrafo único. A infraestrutura deve contribuir para manutenção da privacidade do paciente, sem, contudo, interferir na sua monitorização.

Art. 11. As Unidades de Terapia Intensiva Adulto, Pediátricas e Neonatais devem ocupar salas distintas e exclusivas.

§ 1º Caso essas unidades sejam contíguas, os ambientes de apoio podem ser compartilhados entre si.

§ 2º Nas UTI Pediátricas Mistas deve haver uma separação física entre os ambientes de UTI Pediátrica e UTI Neonatal.

Seção III Recursos Humanos

Art. 12. As atribuições e as responsabilidades de todos os profissionais que atuam na unidade devem estar formalmente designadas, descritas e divulgadas aos profissionais que atuam na UTI.

Art. 13 Deve ser formalmente designado um Responsável Técnico médico, um enfermeiro coordenador da equipe de enfermagem e um fisioterapeuta coordenador da equipe de fisioterapia, assim como seus respectivos substitutos.

§ 1º O Responsável Técnico deve ter título de especialista em Medicina Intensiva para responder por UTI Adulto; habilitação em Medicina Intensiva Pediátrica, para responder por UTI Pediátrica; título de especialista em Pediatria com área de atuação em Neonatologia, para responder por UTI Neonatal;

§ 2º Os coordenadores de enfermagem e de fisioterapia devem ser especialistas em terapia intensiva ou em outra especialidade relacionada à assistência ao paciente grave, específica para a modalidade de atuação (adulto, pediátrica ou neonatal);

§ 3º É permitido assumir responsabilidade técnica ou coordenação em, no máximo, 02 (duas) UTI.

Art. 14. Além do disposto no Artigo 13 desta RDC, deve ser designada uma equipe multiprofissional, legalmente habilitada, a qual deve ser dimensionada, quantitativa e qualitativamente, de acordo com o perfil assistencial, a demanda da unidade e legislação vigente, contendo, para atuação exclusiva na unidade, no mínimo, os seguintes profissionais:

I - Médico diarista/rotineiro: 01 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração, nos turnos matutino e vespertino, com título de especialista em Medicina Intensiva para atuação em UTI Adulto; habilitação em Medicina Intensiva Pediátrica para atuação em UTI Pediátrica; título de especialista em Pediatria com área de atuação em Neonatologia para atuação em UTI Neonatal;

II - Médicos plantonistas: no mínimo 01 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração, em cada turno.

III - Enfermeiros assistenciais: no mínimo 01 (um) para cada 08 (oito) leitos ou fração, em cada turno.

IV - Fisioterapeutas: no mínimo 01 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração, nos turnos matutino, vespertino e noturno, perfazendo um total de 18 horas diárias de atuação;

V - Técnicos de enfermagem: no mínimo 01 (um) para cada 02 (dois) leitos em cada turno, além de 1 (um) técnico de enfermagem por UTI para serviços de apoio assistencial em cada turno;

VI - Auxiliares administrativos: no mínimo 01 (um) exclusivo da unidade;

VII - Funcionários exclusivos para serviço de limpeza da unidade, em cada turno.

Art. 15. Médicos plantonistas, enfermeiros assistenciais, fisioterapeutas e técnicos de enfermagem devem estar disponíveis em tempo integral para assistência aos pacientes internados na UTI, durante o horário em que estão escalados para atuação na UTI.

Art. 16. Todos os profissionais da UTI devem estar imunizados contra tétano, difteria, hepatite B e outros imunobiológicos, de acordo com a NR 32 - Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde estabelecida pela Portaria MTE/GM n.º 485, de 11 de novembro de 2005.

Art. 17. A equipe da UTI deve participar de um programa de educação continuada, contemplando, no mínimo:

- I - normas e rotinas técnicas desenvolvidas na unidade;
- II - incorporação de novas tecnologias;
- III - gerenciamento dos riscos inerentes às atividades desenvolvidas na unidade e segurança de pacientes e profissionais;
- IV - prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde.

§ 1º As atividades de educação continuada devem estar registradas, com data, carga horária e lista de participantes.

§ 2º Ao serem admitidos à UTI, os profissionais devem receber capacitação para atuar na unidade.

Seção IV Acesso a Recursos Assistenciais

Art. 18. Devem ser garantidos, por meios próprios ou terceirizados, os seguintes serviços à beira do leito:

- I - assistência nutricional;
- II - terapia nutricional (enteral e parenteral);
- III - assistência farmacêutica;
- IV - assistência fonoaudiológica;
- V - assistência psicológica;

- VI - assistência odontológica;
- VII - assistência social;
- VIII - assistência clínica vascular;
- IX - assistência de terapia ocupacional para UTI Adulto e Pediátrica
- X - assistência clínica cardiovascular, com especialidade pediátrica nas UTI Pediátricas e Neonatais;
- XI - assistência clínica neurológica;
- XII - assistência clínica ortopédica;
- XIII - assistência clínica urológica;
- XIV - assistência clínica gastroenterológica;
- XV - assistência clínica nefrológica, incluindo hemodiálise;
- XVI - assistência clínica hematológica;
- XVII - assistência hemoterápica;
- XVIII - assistência oftalmológica;
- XIX - assistência de otorrinolaringológica;
- XX - assistência clínica de infectologia;
- XXI - assistência clínica ginecológica;
- XXII - assistência cirúrgica geral em caso de UTI Adulto e cirurgia pediátrica, em caso de UTI Neonatal ou UTI Pediátrica;
- XXIII - serviço de laboratório clínico, incluindo microbiologia e hemogasometria;
- XXIV - serviço de radiografia móvel;
- XXV - serviço de ultrassonografia portátil;
- XXVI - serviço de endoscopia digestiva alta e baixa;
- XXVII - serviço de fibrobroncoscopia;
- XXVIII - serviço de diagnóstico clínico e notificação compulsória de morte encefálica.

Art. 19. O hospital em que a UTI está inserida deve dispor, na própria estrutura hospitalar, dos seguintes serviços diagnósticos e terapêuticos:

- I - centro cirúrgico;
- II - serviço radiológico convencional;
- III - serviço de ecodopplercardiografia.

Art. 20. Deve ser garantido acesso aos seguintes serviços diagnósticos e terapêuticos, no hospital onde a UTI está inserida ou em outro estabelecimento, por meio de acesso formalizado:

- I- cirurgia cardiovascular,
- II - cirurgia vascular;
- III - cirurgia neurológica;
- IV - cirurgia ortopédica;
- V - cirurgia urológica;
- VI - cirurgia buco-maxilo-facial;
- VII - radiologia intervencionista;
- VIII - ressonância magnética;
- IX - tomografia computadorizada;
- X - anatomia patológica;
- XI - exame comprobatório de fluxo sanguíneo encefálico.

Seção V Processos de Trabalho

Art. 21. Todo paciente internado em UTI deve receber assistência integral e interdisciplinar.

Art. 22. A evolução do estado clínico, as intercorrências e os cuidados prestados devem ser registrados pelas equipes médica, de enfermagem e de fisioterapia no prontuário do paciente, em cada turno, e atendendo as regulamentações dos respectivos conselhos de classe profissional e normas institucionais.

Art. 23. As assistências farmacêutica, psicológica, fonoaudiológica, social, odontológica, nutricional, de terapia nutricional enteral e parenteral e de terapia ocupacional devem estar integradas às demais atividades assistenciais prestadas ao paciente, sendo discutidas conjuntamente pela equipe multiprofissional.

Parágrafo único. A assistência prestada por estes profissionais deve ser registrada, assinada e datada no prontuário do paciente, de forma legível e contendo o número de registro no respectivo conselho de classe profissional.

Art. 24. Devem ser assegurados, por todos os profissionais que atuam na UTI, os seguintes itens:

I - preservação da identidade e da privacidade do paciente, assegurando um ambiente de respeito e dignidade;

II - fornecimento de orientações aos familiares e aos pacientes, quando couber, em linguagem clara, sobre o estado de saúde e a assistência a ser prestada desde a admissão até a alta;

III - ações de humanização da atenção à saúde;

IV - promoção de ambiência acolhedora;

V - incentivo à participação da família na atenção ao paciente, quando pertinente.

Art. 25. A presença de acompanhantes em UTI deve ser normatizada pela instituição, com base na legislação vigente.

Art. 26. O paciente consciente deve ser informado quanto aos procedimentos a que será submetido e sobre os cuidados requeridos para execução dos mesmos.

Parágrafo único. O responsável legal pelo paciente deve ser informado sobre as condutas clínicas e procedimentos a que o mesmo será submetido.

Art. 27. Os critérios para admissão e alta de pacientes na UTI devem ser registrados, assinados pelo Responsável Técnico e divulgados para toda a instituição, além de seguir legislação e normas institucionais vigentes.

Art. 28. A realização de testes laboratoriais remotos (TLR) nas dependências da UTI está condicionada ao cumprimento das disposições da Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa - RDC nº 302, de 13 de outubro de 2005.

Seção VI Transporte de Pacientes

Art. 29. Todo paciente grave deve ser transportado com o acompanhamento contínuo, no mínimo, de um médico e de um enfermeiro, ambos com habilidade comprovada para o atendimento de urgência e emergência.

Art. 30. Em caso de transporte intra-hospitalar para realização de algum procedimento diagnóstico ou terapêutico, os dados do prontuário devem estar disponíveis para consulta dos profissionais do setor de destino.

Art. 31. Em caso de transporte inter-hospitalar de paciente grave, devem ser seguidos os requisitos constantes na Portaria GM/MS n. 2048, de 05 de novembro de 2002.

Art. 32. Em caso de transferência inter-hospitalar por alta da UTI, o paciente deverá ser acompanhado de um relatório de transferência, o qual será entregue no local de destino do paciente;

Parágrafo único. O relatório de transferência deve conter, no mínimo:

I - dados referentes ao motivo de internação na UTI e diagnósticos de base;

II - dados referentes ao período de internação na UTI, incluindo realização de procedimentos invasivos, intercorrências, infecções, transfusões de sangue e hemoderivados, tempo de permanência em assistência ventilatória mecânica invasiva e não-invasiva, realização de diálise e exames diagnósticos;

III - dados referentes à alta e ao preparatório para a transferência, incluindo prescrições médica e de enfermagem do dia, especificando aprazamento de horários e cuidados administrados antes da transferência; perfil de monitorização hemodinâmica, equilíbrio ácido-básico, balanço hídrico e sinais vitais das últimas 24 horas.

Seção VII Gerenciamento de Riscos e Notificação de Eventos Adversos

Art. 33. Deve ser realizado gerenciamento dos riscos inerentes às atividades realizadas na unidade, bem como aos produtos submetidos ao controle e fiscalização sanitária.

Art. 34. O estabelecimento de saúde deve buscar a redução e minimização da ocorrência dos eventos adversos relacionados a:

I - procedimentos de prevenção, diagnóstico, tratamento ou reabilitação do paciente;

II - medicamentos e insumos farmacêuticos;

- III - produtos para saúde, incluindo equipamentos;
- IV - uso de sangue e hemocomponentes;
- V – saneantes;
- VI - outros produtos submetidos ao controle e fiscalização sanitária utilizados na unidade.

Art. 35. Na monitorização e no gerenciamento de risco, a equipe da UTI deve:

I - definir e monitorar indicadores de avaliação da prevenção ou redução dos eventos adversos pertinentes à unidade;

II - coletar, analisar, estabelecer ações corretivas e notificar eventos adversos e queixas técnicas, conforme determinado pelo órgão sanitário competente.

Art. 36. Os eventos adversos relacionados aos itens dispostos no Art. 35 desta RDC devem ser notificados à gerência de risco ou outro setor definido pela instituição, de acordo com as normas institucionais.

Seção VIII

Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde

Art. 37. Devem ser cumpridas as medidas de prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) definidas pelo Programa de Controle de Infecção do hospital.

Art. 38. As equipes da UTI e da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH - são responsáveis pelas ações de prevenção e controle de IRAS.

Art. 39. A CCIH deve estruturar uma metodologia de busca ativa das infecções relacionadas a dispositivos invasivos, dos microrganismos multirresistentes e outros microrganismos de importância clínico-epidemiológica, além de identificação precoce de surtos.

Art. 40. A equipe da UTI deve colaborar com a CCIH na vigilância epidemiológica das IRAS e com o monitoramento de microrganismos multirresistentes na unidade.

Art. 41. A CCIH deve divulgar os resultados da vigilância das infecções e perfil de sensibilidade dos microrganismos à equipe multiprofissional da UTI, visando a avaliação periódica das medidas de prevenção e controle das IRAS.

Art. 42. As ações de prevenção e controle de IRAS devem ser baseadas na avaliação dos indicadores da unidade.

Art. 43. A equipe da UTI deve aderir às medidas de precaução padrão, às medidas de precaução baseadas na transmissão (contato, gotículas e aerossóis) e colaborar no estímulo ao efetivo cumprimento das mesmas.

Art. 44. A equipe da UTI deve orientar visitantes e acompanhantes quanto às ações que visam a prevenção e o controle de infecções, baseadas nas recomendações da CCIH.

Art. 45. A equipe da UTI deve proceder ao uso racional de antimicrobianos, estabelecendo normas e rotinas de forma interdisciplinar e em conjunto com a CCIH, Farmácia Hospitalar e Laboratório de Microbiologia.

Art. 46. Devem ser disponibilizados os insumos, produtos, equipamentos e instalações necessários para as práticas de higienização de mãos de profissionais de saúde e visitantes.

§ 1º Os lavatórios para higienização das mãos devem estar disponibilizados na entrada da unidade, no posto de enfermagem e em outros locais estratégicos definidos pela CCIH e possuir dispensador com sabonete líquido e papel toalha.

§ 2º As preparações alcoólicas para higienização das mãos devem estar disponibilizadas na entrada da unidade, entre os leitos e em outros locais estratégicos definidos pela CCIH.

Art. 47. O Responsável Técnico e os coordenadores de enfermagem e de fisioterapia devem estimular a adesão às práticas de higienização das mãos pelos profissionais e visitantes.

Seção IX Avaliação

Art. 48. Devem ser monitorados e mantidos registros de avaliações do desempenho e do padrão de funcionamento global da UTI, assim como de eventos que possam indicar necessidade de melhoria da qualidade da assistência, com o objetivo de estabelecer medidas de controle ou redução dos mesmos.

§ 1º Deve ser calculado o Índice de Gravidade / Índice Prognóstico dos pacientes internados na UTI por meio de um Sistema de Classificação de Severidade de Doença recomendado por literatura científica especializada.

§ 2º O Responsável Técnico da UTI deve correlacionar a mortalidade geral de sua unidade com a mortalidade geral esperada, de acordo com o Índice de gravidade utilizado.

§ 3º Devem ser monitorados os indicadores mencionados na Instrução Normativa nº 4, de 24 de fevereiro de 2010, da ANVISA §4º Estes dados devem estar em local de fácil acesso e ser disponibilizados à Vigilância Sanitária durante a inspeção sanitária ou quando solicitado.

Art. 49. Os pacientes internados na UTI devem ser avaliados por meio de um Sistema de Classificação de Necessidades de Cuidados de Enfermagem recomendado por literatura científica especializada.

§1º O enfermeiro coordenador da UTI deve correlacionar as necessidades de cuidados de enfermagem com o quantitativo de pessoal disponível, de acordo com um instrumento de medida utilizado.

§2º Os registros desses dados devem estar disponíveis mensalmente, em local de fácil acesso.

Seção X Recursos Materiais

Art. 50. A UTI deve dispor de materiais e equipamentos de acordo com a complexidade do serviço e necessários ao atendimento de sua demanda.

Art. 51. Os materiais e equipamentos utilizados, nacionais ou importados, devem estar regularizados junto à ANVISA, de acordo com a legislação vigente.

Art. 52. Devem ser mantidas na unidade instruções escritas referentes à utilização dos equipamentos e materiais, que podem ser substituídas ou complementadas por manuais do fabricante em língua portuguesa.

Art. 53. Quando houver terceirização de fornecimento de equipamentos médico-hospitalares, deve ser estabelecido contrato formal entre o hospital e a empresa contratante.

Art. 54. Os materiais e equipamentos devem estar íntegros, limpos e prontos para uso.

Art. 55. Devem ser realizadas manutenções preventivas e corretivas nos equipamentos em uso e em reserva operacional, de acordo com periodicidade estabelecida pelo fabricante ou pelo serviço de engenharia clínica da instituição.

Parágrafo único. Devem ser mantidas na unidade cópias do calendário de manutenções preventivas e o registro das manutenções realizadas.

CAPÍTULO III
DOS REQUISITOS ESPECÍFICOS PARA UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA
ADULTO
Seção I
Recursos Materiais

Art. 56. Devem estar disponíveis, para uso exclusivo da UTI Adulto, materiais e equipamentos de acordo com a faixa etária e biotipo do paciente.

Art. 57. Cada leito de UTI Adulto deve possuir, no mínimo, os seguintes equipamentos e materiais:

- I - cama hospitalar com ajuste de posição, grades laterais e rodízios;
- II - equipamento para ressuscitação manual do tipo balão auto-inflável, com reservatório e máscara facial: 01(um) por leito, com reserva operacional de 01 (um) para cada 02 (dois) leitos;
- III - estetoscópio;
- IV - conjunto para nebulização;
- V - quatro (04) equipamentos para infusão contínua e controlada de fluidos ("bomba de infusão"), com reserva operacional de 01 (um) equipamento para cada 03 (três) leitos;
- VI - fita métrica;
- VII - equipamentos e materiais que permitam monitorização contínua de:
 - a) frequência respiratória;
 - b) oximetria de pulso;
 - c) frequência cardíaca;
 - d) cardioscopia;
 - e) temperatura;
 - f) pressão arterial não-invasiva.

Art. 58. Cada UTI Adulto deve dispor, no mínimo, de:

- I - materiais para punção lombar;
- II - materiais para drenagem líquórica em sistema fechado;
- III – oftalmoscópio;
- IV – otoscópio;
- V – negatoscópio;

VI - máscara facial que permite diferentes concentrações de Oxigênio: 01 (uma) para cada 02 (dois) leitos;

VII - materiais para aspiração traqueal em sistemas aberto e fechado;

VIII - aspirador a vácuo portátil;

IX - equipamento para mensurar pressão de balonete de tubo/cânula endotraqueal ("cuffômetro");

X - ventilômetro portátil;

XI - capnógrafo: 01 (um) para cada 10 (dez) leitos;

XII - ventilador pulmonar mecânico microprocessado: 01 (um) para cada 02 (dois) leitos, com reserva operacional de 01 (um) equipamento para cada 05 (cinco) leitos, devendo dispor, cada equipamento de, no mínimo, 02 (dois) circuitos completos;

XIII - equipamento para ventilação pulmonar mecânica não invasiva: 01 (um) para cada 10 (dez) leitos, quando o ventilador pulmonar mecânico microprocessado não possuir recursos para realizar a modalidade de ventilação não invasiva;

XIV - materiais de interface facial para ventilação pulmonar não invasiva 01 (um) conjunto para cada 05 (cinco) leitos;

XV - materiais para drenagem torácica em sistema fechado;

XVI - materiais para traqueostomia;

XVII - foco cirúrgico portátil;

XVIII - materiais para acesso venoso profundo;

XIX - materiais para flebotomia;

XX - materiais para monitorização de pressão venosa central;

XXI - materiais e equipamento para monitorização de pressão arterial invasiva: 01 (um) equipamento para cada 05 (cinco) leitos, com reserva operacional de 01 (um) equipamento para cada 10 (dez) leitos;

XXII - materiais para punção pericárdica;

XXIII - monitor de débito cardíaco;

XXIV - eletrocardiógrafo portátil: 01 (um) equipamento para cada 10 (dez) leitos;

XXV - kit ("carrinho") contendo medicamentos e materiais para atendimento às emergências: 01 (um) para cada 05 (cinco) leitos ou fração;

XXVI - equipamento desfibrilador e cardioversor, com bateria: 01 (um) para cada 05 (cinco) leitos;

XXVII - marcapasso cardíaco temporário, eletrodos e gerador: 01 (um) equipamento para cada 10 (dez) leitos;

XXVIII - equipamento para aferição de glicemia capilar, específico para uso hospitalar: 01 (um) para cada 05 (cinco) leitos;

XXIX - materiais para curativos;

XXX - materiais para cateterismo vesical de demora em sistema fechado;

XXXI - dispositivo para elevar, transpor e pesar o paciente;

XXXII - poltrona com revestimento impermeável, destinada à assistência aos pacientes: 01 (uma) para cada 05 leitos ou fração;

XXXIII - maca para transporte, com grades laterais, suporte para soluções parenterais e suporte para cilindro de oxigênio: 1 (uma) para cada 10 (dez) leitos ou fração;

XXXIV - equipamento(s) para monitorização contínua de múltiplos parâmetros (oximetria de pulso, pressão arterial não-invasiva; cardioscopia; frequência respiratória) específico(s) para transporte, com bateria: 1 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração;

XXXV - ventilador mecânico específico para transporte, com bateria: 1(um) para cada 10 (dez) leitos ou fração;

XXXVI - kit ("maleta") para acompanhar o transporte de pacientes graves, contendo medicamentos e materiais para atendimento às emergências: 01 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração;

XXXVII - cilindro transportável de oxigênio;

XXXVIII - relógios e calendários posicionados de forma a permitir visualização em todos os leitos;

XXXIX - refrigerador, com temperatura interna de 2 a 8°C, de uso exclusivo para guarda de medicamentos, com monitorização e registro de temperatura.

Art. 59. Outros equipamentos ou materiais podem substituir os listados neste regulamento técnico, desde que tenham comprovada sua eficácia propedêutica e terapêutica e sejam regularizados pela Anvisa.

Art. 60. Os kits para atendimento às emergências, referidos nos incisos XXV e XXXVI do Art 58, devem conter, no mínimo: ressuscitador manual com reservatório, cabos e lâminas de laringoscópio, tubos/cânulas endotraqueais, fixadores de tubo endotraqueal, cânulas de Guedel e fio guia estéril.

§1º Demais materiais e medicamentos a compor estes kits devem seguir protocolos assistenciais para este fim, padronizados pela unidade e baseados em evidências científicas.

§2º A quantidade dos materiais e medicamentos destes kits deve ser padronizada pela unidade, de acordo com sua demanda.

§3º Os materiais utilizados devem estar de acordo com a faixa etária e biotipo do paciente (lâminas de laringoscópio, tubos endotraqueais de tamanhos adequados, por exemplo);

§4º A unidade deve fazer uma lista com todos os materiais e medicamentos a compor estes kits e garantir que estejam sempre prontos para uso.

CAPÍTULO IV DOS REQUISITOS ESPECÍFICOS PARA UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICAS

Seção I Recursos Materiais

Art. 61. Devem estar disponíveis, para uso exclusivo da UTI Pediátrica, materiais e equipamentos de acordo com a faixa etária e biotipo do paciente.

Art. 62. Cada leito de UTI Pediátrica deve possuir, no mínimo, os seguintes equipamentos e materiais:

I - berço hospitalar com ajuste de posição, grades laterais e rodízios;

II - equipamento para ressuscitação manual do tipo balão auto-inflável, com reservatório e máscara facial: 01(um) por leito, com reserva operacional de 01 (um) para cada 02 (dois) leitos;

III – estetoscópio;

IV - conjunto para nebulização;

V - Quatro (04) equipamentos para infusão contínua e controlada de fluidos ("bomba de infusão"), com reserva operacional de 01 (um) para cada 03 (três) leitos;

VI - fita métrica;

VII - poltrona removível, com revestimento impermeável, destinada ao acompanhante: 01 (uma) por leito;

VIII - equipamentos e materiais que permitam monitorização contínua de:

- a) frequência respiratória;
- b) oximetria de pulso;
- frequência cardíaca;
- cardioscopia;
- e) temperatura;
- f) pressão arterial não-invasiva.

Art. 63. Cada UTI Pediátrica deve dispor, no mínimo, de:

I - berço aquecido de terapia intensiva: 1(um) para cada 5 (cinco) leitos;

II – estadiômetro;

III - balança eletrônica portátil;

IV – oftalmoscópio;

V – otoscópio;

VI - materiais para punção lombar;

VII - materiais para drenagem liquórica em sistema fechado;

VIII – negatoscópio;

IX - capacetes ou tendas para oxigenoterapia;

X - máscara facial que permite diferentes concentrações de Oxigênio: 01 (um) para cada 02 (dois) leitos;

XI - materiais para aspiração traqueal em sistemas aberto e fechado;

XII - aspirador a vácuo portátil;

XIII - equipamento para mensurar pressão de balonete de tubo/cânula endotraqueal ("cuffômetro");

XIV - capnógrafo: 01 (um) para cada 10 (dez) leitos;

XV - ventilador pulmonar mecânico microprocessado: 01 (um) para cada 02 (dois) leitos, com reserva operacional de 01 (um) equipamento para cada 05 (cinco) leitos, devendo dispor cada equipamento de, no mínimo, 02 (dois) circuitos completos;

XVI - equipamento para ventilação pulmonar não-invasiva: 01(um) para cada 10 (dez) leitos, quando o ventilador pulmonar microprocessado não possuir recursos para realizar a modalidade de ventilação não invasiva;

XVII - materiais de interface facial para ventilação pulmonar não-invasiva: 01 (um) conjunto para cada 05 (cinco) leitos;

XVIII - materiais para drenagem torácica em sistema fechado;

XIX - materiais para traqueostomia;

XX - foco cirúrgico portátil;

XXI - materiais para acesso venoso profundo, incluindo cateterização venosa central de inserção periférica (PICC);

XXII - material para flebotomia;

XXIII - materiais para monitorização de pressão venosa central;

XXIV - materiais e equipamento para monitorização de pressão arterial invasiva: 01 (um) equipamento para cada 05 (cinco) leitos, com reserva operacional de 01 (um) equipamento para cada 10 (dez) leitos;

XV - materiais para punção pericárdica;

XXVI - eletrocardiógrafo portátil;

XXVII - kit ("carrinho") contendo medicamentos e materiais para atendimento às emergências: 01 (um) para cada 05 (cinco) leitos ou fração;

XXVIII - equipamento desfibrilador e cardioversor, com bateria, na unidade;

XXIX - marcapasso cardíaco temporário, eletrodos e gerador: 01 (um) equipamento para a unidade;

XXX - equipamento para aferição de glicemia capilar, específico para uso hospitalar: 01 (um) para cada 05 (cinco) leitos ou fração;

XXXI - materiais para curativos;

XXXII - materiais para cateterismo vesical de demora em sistema fechado;

XXXIII - maca para transporte, com grades laterais, com suporte para equipamento de infusão controlada de fluidos e suporte para cilindro de oxigênio: 01 (uma) para cada 10 (dez) leitos ou fração;

XXXIV - equipamento(s) para monitorização contínua de múltiplos parâmetros (oximetria de pulso, pressão arterial não-invasiva; cardioscopia; frequência respiratória) específico para transporte, com bateria: 01 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração;

XXXV - ventilador pulmonar específico para transporte, com bateria: 01 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração;

XXXVI - kit ("maleta") para acompanhar o transporte de pacientes graves, contendo medicamentos e materiais para atendimento às emergências: 01 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração;

XXXVII - cilindro transportável de oxigênio;

XXXVIII - relógio e calendário de parede;

XXXIX - refrigerador, com temperatura interna de 2 a 8°C, de uso exclusivo para guarda de medicamentos, com monitorização e registro de temperatura.

Art. 64. Outros equipamentos ou materiais podem substituir os listados neste regulamento técnico, desde que tenham comprovada sua eficácia propedêutica e terapêutica e sejam regularizados pela Anvisa.

Art. 65. Os kits para atendimento às emergências, referidos nos incisos XXVII e XXXVI do Art 63, devem conter, no mínimo: ressuscitador manual com reservatório, cabos e lâminas de laringoscópio, tubos/cânulas endotraqueais, fixadores de tubo endotraqueal, cânulas de Guedel e fio guia estéril.

§1º Demais materiais e medicamentos a compor estes kits devem seguir protocolos assistenciais para este fim, padronizados pela unidade e baseados em evidências científicas.

§2º A quantidade dos materiais e medicamentos destes kits deve ser padronizada pela unidade, de acordo com sua demanda.

§3º Os materiais utilizados devem estar de acordo com a faixa etária e biotipo do paciente (lâminas de laringoscópio, tubos endotraqueais de tamanhos adequados, por exemplo);

§4º A unidade deve fazer uma lista com todos os materiais e medicamentos a compor estes kits e garantir que estejam sempre prontos para uso.

Seção II UTI Pediátrica Mista

Art. 66. As UTI Pediátricas Mistas, além dos requisitos comuns a todas as UTI, também devem atender aos requisitos relacionados aos recursos humanos, assistenciais e materiais estabelecidos para UTI pediátrica e neonatal concomitantemente.

Parágrafo único. A equipe médica deve conter especialistas em Terapia Intensiva Pediátrica e especialistas em Neonatologia.

CAPÍTULO V DOS REQUISITOS ESPECÍFICOS PARA UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAIS

Seção I Recursos Materiais

Art. 67. Devem estar disponíveis, para uso exclusivo da UTI Neonatal, materiais e equipamentos de acordo com a faixa etária e biotipo do paciente.

Art. 68. Cada leito de UTI Neonatal deve possuir, no mínimo, os seguintes equipamentos e materiais:

- I - incubadora com parede dupla;
- II - equipamento para ressuscitação manual do tipo balão auto-inflável com reservatório e máscara facial: 01(um) por leito, com reserva operacional de 01 (um) para cada 02 (dois) leitos;
- III – estetoscópio;
- IV - conjunto para nebulização;
- V - Dois (02) equipamentos tipo seringa para infusão contínua e controlada de fluidos ("bomba de infusão"), com reserva operacional de 01 (um) para cada 03 (três) leitos;
- VI - fita métrica;
- VII - equipamentos e materiais que permitam monitorização contínua de:
 - a) frequência respiratória;
 - b) oximetria de pulso;
 - c) frequência cardíaca;
 - d) cardioscopia;
 - e) temperatura;
 - f) pressão arterial não-invasiva.

Art. 69. Cada UTI Neonatal deve dispor, no mínimo, de:

I - berços aquecidos de terapia intensiva para 10% dos leitos;

II - equipamento para fototerapia: 01 (um) para cada 03 (três) leitos;

III – estadiômetro;

IV - balança eletrônica portátil: 01 (uma) para cada 10 (dez) leitos;

V – oftalmoscópio;

VI – otoscópio;

VII - material para punção lombar;

VIII - material para drenagem liquórica em sistema fechado;

IX – negatoscópio;

X - capacetes e tendas para oxigenoterapia: 1 (um) equipamento para cada 03 (três) leitos, com reserva operacional de 1 (um) para cada 5 (cinco) leitos;

XI - materiais para aspiração traqueal em sistemas aberto e fechado;

XII - aspirador a vácuo portátil;

XIII - capnógrafo: 01 (um) para cada 10 (dez) leitos;

XIV - ventilador pulmonar mecânico microprocessado: 01 (um) para cada 02 (dois) leitos, com reserva operacional de 01 (um) equipamento para cada 05 (cinco) leitos devendo dispor cada equipamento de, no mínimo, 02 (dois) circuitos completos;

XV - equipamento para ventilação pulmonar não-invasiva: 01 (um) para cada 05 (cinco) leitos, quando o ventilador pulmonar microprocessado não possuir recursos para realizar a modalidade de ventilação não invasiva;

XVI - materiais de interface facial para ventilação pulmonar não invasiva (máscara ou pronga): 1 (um) por leito;

XVII - materiais para drenagem torácica em sistema fechado;

XVIII - material para traqueostomia;

XIX - foco cirúrgico portátil;

XX - materiais para acesso venoso profundo, incluindo cateterização venosa central de inserção periférica (PICC);

XXI - material para flebotomia;

- XXII - materiais para monitorização de pressão venosa central;
- XXIII - materiais e equipamento para monitorização de pressão arterial invasiva;
- XXIV - materiais para cateterismo umbilical e exsanguíneo transfusão;
- XXV - materiais para punção pericárdica;
- XXVI - eletrocardiógrafo portátil disponível no hospital;
- XXVII - kit ("carrinho") contendo medicamentos e materiais para atendimento às emergências: 01 (um) para cada 05 (cinco) leitos ou fração;
- XXVIII - equipamento desfibrilador e cardioversor, com bateria, na unidade;
- XXIX - equipamento para aferição de glicemia capilar, específico para uso hospitalar: 01 (um) para cada 05 (cinco) leitos ou fração, sendo que as tiras de teste devem ser específicas para neonatos;
- XXX - materiais para curativos;
- XXXI - materiais para cateterismo vesical de demora em sistema fechado;
- XXXII - incubadora para transporte, com suporte para equipamento de infusão controlada de fluidos e suporte para cilindro de oxigênio: 01 (uma) para cada 10 (dez) leitos ou fração;
- XXXIII - equipamento(s) para monitorização contínua de múltiplos parâmetros (oximetria de pulso, cardioscopia) específico para transporte, com bateria: 01 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração;
- XXXIV - ventilador pulmonar específico para transporte, com bateria: 01 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração;
- XXXV - kit ("maleta") para acompanhar o transporte de pacientes graves, contendo medicamentos e materiais para atendimento às emergências: 01 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração;
- XXXVI - cilindro transportável de oxigênio;
- XXXVII - relógio e calendário de parede;
- XXXVIII - poltronas removíveis, com revestimento impermeável, para acompanhante: 01 (uma) para cada 05 leitos ou fração;

XXXIX - refrigerador, com temperatura interna de 2 a 8°C, de uso exclusivo para guarda de medicamentos: 01 (um) por unidade, com conferência e registro de temperatura a intervalos máximos de 24 horas.

Art. 70. Outros equipamentos ou materiais podem substituir os listados neste regulamento técnico, desde que tenham comprovada sua eficácia propedêutica e terapêutica e sejam regularizados pela ANVISA.

Art. 71. Os kits para atendimento às emergências referidos nos incisos XXVII e XXXV do Art 69 devem conter, no mínimo: ressuscitador manual com reservatório, cabos e lâminas de laringoscópio, tubos/cânulas endotraqueais, fixadores de tubo endotraqueal, cânulas de Guedel e fio guia estéril.

§1º Demais materiais e medicamentos a compor estes kits devem seguir protocolos assistenciais para este fim, padronizados pela unidade e baseados em evidências científicas.

§2º A quantidade dos materiais e medicamentos destes kits deve ser padronizada pela unidade, de acordo com sua demanda.

§3º Os materiais utilizados devem estar de acordo com a faixa etária e biotipo do paciente (lâminas de laringoscópio, tubos endotraqueais de tamanhos adequados, por exemplo);

§4º A unidade deve fazer uma lista com todos os materiais e medicamentos a compor estes kits e garantir que estejam sempre prontos para uso.

CAPÍTULO VI DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 72. Os estabelecimentos abrangidos por esta Resolução têm o prazo de 180 (cento e oitenta) dias contados a partir da data de sua publicação para promover as adequações necessárias do serviço para cumprimento da mesma.

§ 1º Para cumprimento dos Artigos 13, 14 e 15 da Seção III - Recursos Humanos e do Art 51 da Seção IX - Avaliação do Capítulo II, assim como da Seção I - Recursos Materiais dos Capítulos III, IV e V estabelece-se o prazo de 03 (três) anos;

§ 2º A partir da publicação desta Resolução, os novos estabelecimentos e aqueles que pretendem reiniciar suas atividades devem atender na íntegra às exigências nela contidas, previamente ao início de seu funcionamento.

Art. 73. O descumprimento das disposições contidas nesta Resolução constitui infração sanitária, nos termos da Lei n. 6.437, de 20 de agosto de 1977, sem prejuízo das responsabilidades civil, administrativa e penal cabíveis.

Art. 74. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.