



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdade de Ciências Aplicadas



MURILO RODRIGUES MALUF

**DESAFIOS DO TRABALHO FRENTE AO AMBIENTE
(RE)CONSTRUÍDO: A ATIVIDADE DA ENFERMAGEM EM
CENTRO OBSTÉTRICO DE ALTA COMPLEXIDADE**

LIMEIRA
2024



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdade de Ciências Aplicadas



MURILO RODRIGUES MALUF

**DESAFIOS DO TRABALHO FRENTE AO AMBIENTE
(RE)CONSTRUÍDO: A ATIVIDADE DA ENFERMAGEM EM
CENTRO OBSTÉTRICO DE ALTA COMPLEXIDADE**

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Aplicadas da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para obtenção do título de Mestre em Ciências Humanas e Sociais Aplicadas.

Orientador(a): Profa. Dra. Sandra Francisca Bezerra Gemma.

Coorientador(a): Profa. Dra. Eliana Martorano Amaral

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA DISSERTAÇÃO DEFENDIDA PELO ALUNO MURILO RODRIGUES MALUF, E ORIENTADA PELA PROFA. DRA. SANDRA FRANCISCA BEZERRA GEMMA

LIMEIRA
2024

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Aplicadas
Ana Luiza Clemente de Abreu Valério - CRB 8/10669

M299d Maluf, Murilo Rodrigues, 1977-
Desafios do trabalho frente ao ambiente (re)construído : a atividade da enfermagem em centro obstétrico de alta complexidade / Murilo Rodrigues Maluf. – Limeira, SP : [s.n.], 2024.

Orientador: Sandra Francisca Bezerra Gemma.
Coorientador: Eliana Martorano Amaral.
Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Aplicadas.

1. Ergonomia. 2. Ergologia. 3. Saúde pública. 4. Enfermagem. 5. Obstetrícia. I. Gemma, Sandra Francisca Bezerra, 1964-. II. Amaral, Eliana Martorano, 1960-. III. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Aplicadas. IV. Título.

Informações Complementares

Título em outro idioma: Work challenges facing the (re)built environment : nursing activity in a high complexity obstetric center

Palavras-chave em inglês:

Human engineering

Ergology

Public health

Nursing

Obstetrics

Área de concentração: Modernidade e Políticas Públicas

Titulação: Mestre em Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Banca examinadora:

Sandra Francisca Bezerra Gemma [Orientador]

Oswaldo Gonçalves Junior

Daniel Braatz Antunes de Almeida Moura

Data de defesa: 07-02-2024

Programa de Pós-Graduação: Mestrado Interdisciplinar em Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Identificação e informações acadêmicas do(a) aluno(a)

- ORCID do autor: <https://orcid.org/0000-0002-1148-0682>

- Currículo Lattes do autor: <http://lattes.cnpq.br/8999134109975349>

Folha de Aprovação

Autor: MURILO RODRIGUES MALUF

Título: DESAFIOS DO TRABALHO FRENTE AO AMBIENTE (RE)CONSTRUÍDO: A ATIVIDADE DA ENFERMAGEM EM CENTRO OBSTÉTRICO DE ALTA COMPLEXIDADE

Natureza: Dissertação

Área de Concentração: Modernidade e Políticas Públicas

Instituição: Faculdade de Ciências Aplicadas – FCA/Unicamp

Data da Defesa: Limeira-SP, 07 de Fevereiro de 2024.

BANCA EXAMINADORA:

Profa. Dra. Sandra Francisca Bezerra Gemma (orientador)
Faculdade de Ciências Aplicadas - FCA/Unicamp

Prof. Dr. Oswaldo Gonçalves Junior (membro)
Faculdade de Ciências Aplicadas - FCA/Unicamp

Prof. Dr. Daniel Braatz Antunes de Almeida Moura (membro externo)
Universidade Federal de São Carlos - UFSCAR

A Ata da defesa com as respectivas assinaturas dos membros encontra-se no SIGA/Sistema de Fluxo de Dissertação/Tese e na Secretaria do Programa da Unidade.

DEDICATÓRIA

Este trabalho é dedicado a quem vivencia no trabalho os desafios da saúde pública no Brasil.

AGRADECIMENTOS

A cada passo nesta caminhada acadêmica pude compreender o quanto um trabalho como este é coletivo, produto de incalculáveis contribuições, encorajamentos, conselhos, reflexões e parcerias.

Agradeço à minha esposa Iaci, meu amor, minha companheira, força motivadora e com quem compartilho conquistas, descobertas e desafios (neste mestrado e além) – pelo incentivo incondicional, entusiasmo e pela compreensão dos esforços que este trabalho demandou. Às minhas filhas Isa e Nina, à minha nora Juliana, pelo apoio, torcida e inspiração. Aos meus pais Renato e Rita, a base da minha formação e construção pessoal. Aos meus sogros Luiz Augusto e Rita Helena, como grande companhia neste caminho.

À minha orientadora, Professora Sandra Gemma, pela generosidade e competência em acolher, discutir, guiar, olhar com atenção, participar do projeto e da construção não só deste trabalho, mas de uma visão que levo comigo, e que agora compartilho, sobre o trabalho e a atividade humana.

À Professora Eliana Amaral, pela coorientação competente e atenta, e pelo inestimável apoio na integração com o campo, apresentando para mim o universo do CAISM e suas diversas dimensões, em especial a filosofia humanizada de assistência, presente ao longo das diversas interações neste processo.

À Enfermeira Michelle Rodrigues, supervisora do Centro Obstétrico, pela valiosa cooperação e suporte necessário no cotidiano da pesquisa, viabilizando demandas e me apresentando à equipe.

Às trabalhadoras e trabalhadores do CAISM, aos docentes da FCM e da FEnf também envolvidos: em meio a uma rotina complexa e demandante, com tanta generosidade se dispuseram a ouvir, compreender e colaborar com esta pesquisa.

Aos colegas do ERGOLAB, do programa de mestrado ICHSA (docentes e discentes) e da Comissão QUALIPARTO (antiga CPATC), pelo alto nível das discussões, vivências e trocas nestes últimos anos.

À Professora Carmen Herrera, que durante meu curso na pós graduação em Engenharia de Segurança do Trabalho, identificou em mim a vocação para esta jornada.

Minha gratidão a todas e todos!

EPÍGRAFE

“Só existe saber na invenção, na reinvenção, na busca inquieta, impaciente, permanente, que os homens fazem no mundo, com o mundo e com os outros.”

Paulo Freire, Pedagogia do Oprimido

RESUMO

Esta pesquisa buscou compreender a atividade de trabalho de profissionais de Enfermagem em um Centro Obstétrico de alta complexidade, focalizando-a com relação ao uso do ambiente construído, e com as condicionantes e desdobramentos encadeados a partir desta relação. Recorreu-se principalmente aos fundamentos teóricos da Ergologia, da Análise de Conteúdo e da Ergonomia da Atividade, utilizando elementos da Análise Ergonômica do Trabalho como base para revelar fenômenos espaciais relevantes ao trabalho, às equipes profissionais e ao público do local. Foram feitas entrevistas preliminares, turnos de observações globais da atividade e turnos de observação sistemática com a aplicação da ferramenta de cronologia da atividade no Centro Obstétrico. As constatações emergentes neste trabalho apontam para um cenário multicausal de fatores que influenciam o espaço de trabalho e são influenciados por este, bem como elementos que incrementam a carga de trabalho e o estresse das profissionais no local, a partir de determinantes sistêmicos relacionados ao espaço construído, a organização do trabalho e o público atendido. São explicitadas aqui, não só as influências do espaço sobre a atividade no local, mas também inventividade nas regulações, estratégias e respostas das profissionais às condicionantes do espaço.

Palavras-chave: Ergonomia. Ergologia. Saúde Pública. Enfermagem. Obstetrícia.

ABSTRACT

This research sought to understand the work activity of Nursing professionals in a highly complex Obstetric Center, focusing on the use of the built environment, and the constraints and developments linked to this relationship. Through the theoretical foundations of Ergology, Content Analysis and Activity Centered Ergonomics, using elements of Ergonomic Work Analysis as a basis to reveal spatial phenomena relevant to work, professional teams and the local public. Preliminary interviews, shifts of global observations of the activity and shifts of systematic observation were carried out using the activity chronology tool at the Obstetric Center. The emerging findings in this work point to a multicausal scenario of factors that influence the workspace and are influenced by it, as well as elements that increase the workload and stress of professionals on site, based on systemic determinants related to the built space, the organization of work and the public served. Here, not only the influences of the space on the activity are explained, but also inventiveness in the regulations, strategies and responses of professionals to the constraints of the space.

Keywords: Ergonomics. Ergology. Public Health. Nursing. Obstetrics.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Percurso metodológico.....	50
Figura 2. Foto do autor em um dos períodos de observações.....	58
Figura 3. Planta (parcial) do C.O. com intervenções e anotações	64
Figura 4. Esboço de fluxograma.....	65
Figura 5. Esboço de linha do tempo	65
Figura 6. Representação de posicionamento no trabalho de parto	65
Figura 7. Print de trecho de planilha de população da Enfermagem.....	66
Figura 8. Print de trecho de planilha de procedimentos no C.O.	66
Figura 9. Print de tela de planilha de trabalho.....	67
Figura 10. Registro de processo manual de conferencia.....	68
Figura 11. Implantação dos edifícios padrão no campus.	79
Figura 12. Vista aérea do conjunto do CAISM.....	80
Figura 13. CAISM – conjunto dos prédios visto da rua.....	81
Figura 14. CAISM – recepção principal.....	81
Figura 15. Relação entre salas de parto e RPA.....	93
Figura 16. Sala de Recuperação Pós Anestésica (RPA)	94
Figura 17. Gráfico de tempo de permanência na RPA.....	95
Figura 18. Linha do tempo das pacientes ocupantes da RPA.....	96
Figura 19. Planta parcial do Centro Obstétrico – Quartos PPP.	97
Figura 20. Fluxograma para tomada de decisão quanto ao local do parto.	99
Figura 21. Área parcial de influência do ar condicionado central.....	102
Figura 22. Sala de parto com a posição de saída do ar condicionado.	103
Figura 23. Saída do ar condicionado na sala de RPA.....	104
Figura 24. Grelha de saída do ar na Sala de Assistencia ao RN.....	105

Figura 25. Ar condicionado na Assistência ao RN.....	105
Figura 26. Satisfação com a temperatura por genero.	108
Figura 27. Localização do balcão da enfermagem.....	109
Figura 28. Balcão da enfermagem.	110
Figura 29. Balcão da enfermagem.	110
Figura 30. Linha do tempo : tarefa e interrupções.	114
Figura 31. Salas utilizadas para a espera em indução.....	116
Figura 32. Banner afixado no corredor principal do C.O.	121

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- AET:** Análise Ergonômica do Trabalho
- AIMS:** Assistência Integral à Saúde da Mulher
- ANVISA:** Agência Nacional de Vigilância Sanitária
- APO:** Avaliação Pós Ocupação
- BIM:** Building Information Modeling
- CAISM:** Centro de Assistência Integral à Saúde da Mulher
- CEP-CHS:** Conselho de Ética em Pesquisa – Ciências Humanas e Sociais
- CPATC:** Comissão Permanente de Acompanhamento das Taxas de Cesárea
- CC:** Centro Cirúrgico
- CME:** Central de Material Esterilizado
- CO:** Centro Obstétrico
- COFEN:** Conselho Federal de Enfermagem
- CONEP:** Conselho Nacional de Ética em Pesquisa
- COREN:** Conselho Regional de Enfermagem
- COTUCA:** Colégio Técnico de Campinas da Unicamp
- CROSS:** Central Reguladora de Oferta de Serviços de Saúde
- DIVEN:** Divisão de Enfermagem
- EPI:** Equipamento de Proteção Individual
- FCA:** Faculdade de Ciências Aplicadas
- FCM:** Faculdade de Ciências Médicas
- FEnf:** Faculdade de Enfermagem
- ICHSA:** (mestrado) Interdisciplinar em Ciências Humanas e Sociais Aplicadas
- LGPD:** Lei Geral de Proteção de Dados
- PAEPE:** Profissional de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Extensão
- PAISM:** Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
- PATOB:** (enfermaria de) Patologia Obstétrica

POP: Procedimento Operacional Padrão

PPP: (quarto para) Pré-parto, Parto e Puerpério

RN: Recém Nascido

RPA: Recuperação Pós Anestésica

SAME: Serviço de Arquivo Médico e Estatística

SDP: Sala De Parto

SUS: Sistema Único de Saúde

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TE: Técnica em Enfermagem

UCINCO: Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional

UNICAMP: Universidade Estadual de Campinas

UCI: Unidade de Cuidados Intermediários

UTI: Unidade de Tratamento Intensivo

UVI: Unidade de Vigilância Intermediária

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	17
1: REFERENCIAIS TEÓRICOS E METODOLÓGICOS	24
1.1.: (MULTI)-(INTER)-(TRANS)DISCIPLINARIDADES.....	27
1.2.: A NECESSÁRIA INTERDISCIPLINARIDADE NA SAÚDE PÚBLICA	30
1.3.: A ERGONOMIA DA ATIVIDADE.....	32
1.3.1.: A ANÁLISE ERGONÔMICA DO TRABALHO.....	35
1.4.: ERGOLOGIA.....	37
1.5.: PSICOLOGIA AMBIENTAL: UM DEBATE	40
1.6.: AS FERRAMENTAS NORMATIVAS	42
1.7.: AVALIAÇÃO PÓS OCUPAÇÃO	44
1.8.: A COMPLEXIDADE QUE ATRAVESSA A PESQUISA	45
1.9.: A CONSTRUÇÃO TEÓRICA PROPOSTA	47
2: PERCURSO METODOLÓGICO	48
2.1.: O PROJETO DA PESQUISA	48
2.2.: DESENHO METODOLÓGICO	49
2.3.: TRABALHO DE CAMPO.....	50
2.3.1.: ENTREVISTAS INICIAIS	51
2.3.2.: PROCESSAMENTO E INTERPRETAÇÃO DAS ENTREVISTAS	55
2.3.3.: OBSERVAÇÕES LIVRES DA ATIVIDADE.....	57
2.3.4.: OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA DA ATIVIDADE.....	59
2.3.5.: CRONOLOGIA DA ATIVIDADE	61
2.3.6.: O SURGIMENTO DE OBJETOS INTERMEDIÁRIOS	63
2.3.7.: DADOS COMPLEMENTARES.....	65
3: RESULTADOS E DISCUSSÃO	69
3.1.: A COMPREENSÃO DO CENÁRIO.....	70
3.2.: A CONSTRUÇÃO DA DEMANDA ERGONÔMICA.....	84
3.3.: FENÔMENOS ESPACIAIS CONSTATADOS	91
3.3.1.: SALA DE R.P.A. – INSUFICIÊNCIA DE LEITOS E DE PRIVACIDADE	92
3.3.2.: SUB-UTILIZAÇÃO (E OUTRAS UTILIZAÇÕES) DOS QUARTOS PPP.....	96
3.3.3.: A INFLUÊNCIA DO SISTEMA DE AR CONDICIONADO CENTRAL.....	101
3.3.4.: O BALCÃO DA ENFERMAGEM: POTENCIALIZADOR DE INTERAÇÕES E INTERRUPÇÕES.....	109
3.3.5.: OS DEBATES SOBRE A AMBIÊNCIA NO PRÉ-PARTO/INDUÇÃO	115
3.3.6.: OUTRAS QUESTÕES ESPACIAIS EMERGENTES	120

3.4.: DISCUSSÕES	124
3.4.1.: AS DINÂMICAS QUE ENTRELAÇAM OS FENÔMENOS PERCEBIDOS	124
3.4.2.: O AMBIENTE (RE)CONSTRUÍDO NA ATIVIDADE.....	126
3.4.3.: TRANSFORMAR O TRABALHO.....	130
4: CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	131
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	134
APÊNDICE I – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA	144
APÊNDICE II – TÓPICOS PARA ENTREVISTA AO SUPERINTENDENTE	147
APÊNDICE III – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	148
APÊNDICE IV – REGISTROS ATRAVÉS DA OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA.....	154
ANEXO I – PLANTA ATUALIZADA DO BLOCO OPERATÓRIO.....	169
ANEXO II – INDICADORES EM ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA NO CAISM	170

INTRODUÇÃO

PROBLEMÁTICA

O universo profissional no campo da saúde, e especificamente em hospitais, é bastante demandante no atendimento a questões relevantes e complexas: a combinação de exigências físicas e cognitivas dos trabalhadores na atenção aos pacientes; a administração das demandas, dinâmicas e urgentes por natureza – incluindo interrupções e emergências; a pressão por desempenho, produtividade e qualidade dos serviços presente no mundo do trabalho atual; até as constantes mudanças em políticas públicas relacionadas à saúde, que articulam fatores como remuneração, carga de trabalho, perfil de público atendido, recursos físicos e tecnológicos, no atendimento ao contexto epidemiológico, como por exemplo os desdobramentos da pandemia do coronavírus (COVID-19) na realidade dos hospitais e seus trabalhadores.

A este cenário, materializam-se condicionantes organizacionais, cognitivas e físicas, relacionadas a distribuição de quartos, áreas administrativas e ambientes de apoio; artefatos de trabalho (de equipamentos de alta tecnologia a instrumentos simples onde se requerem habilidades manuais), interrupções frequentes para atendimento a urgências, entre outros. Parte significativa da carga de trabalho citada deve-se à forma como foi o tema abordado (ou não) no momento do projeto arquitetônico ou da organização dos espaços de trabalho. De forma ampla, o espaço construído é capaz de influenciar seus ocupantes – tanto na criação de obstáculos ao trabalho (prejuízos em tempo, qualidade, organização), quanto na indução à busca de respostas da atividade a estes obstáculos.

Algumas questões se enunciam: como analisar o atendimento de um edifício às necessidades de seus ocupantes? Como este edifício influencia os trabalhadores que ali atuam? Qual o impacto do espaço físico sobre a qualidade dos serviços, desempenho dos profissionais e impactos sobre sua vida cotidiana? Estas perguntas, embora genéricas (pois o objeto da pesquisa será apresentado à frente e estas questões serão nele

contextualizadas), são as inquietações que motivam este projeto e demandam a busca por um edifício-objeto de pesquisa significativo e que possibilite adequadamente esta investigação. O que este trabalho pretende, na construção interdisciplinar que será descrita no próximo capítulo, é a busca pela vivência do usuário no espaço construído, pela escuta atenta ao relato vivo, à elaboração do discurso e no respeito preliminar aos seus processos de formulação das problemáticas: estas podem abranger mais, ou menos, o uso do espaço, sem rígidas delimitações disciplinares ou temáticas.

JUSTIFICATIVA

A rede pública de saúde constitui-se em um contexto marcado por desafios, insuficiências e riscos nas mais diversas dimensões: de recursos e infraestrutura às questões relativas aos profissionais atuantes no sistema, notadamente as questões psicossociais, presentes naturalmente no atendimento a emergências e estados críticos dos pacientes, no alto nível de estresse, no alto índice de acidentes de trabalho, entre outros (WHO, 2020, p.5). É discutida por Vilela, Silva e Jackson Filho (2010, p.292-293), em diálogo com a obra de Clot (2008, p.28) situação crítica no serviço público, na área da saúde¹, a relação entre as limitações no poder de agir dos trabalhadores e seus fatores de sofrimento no trabalho. A combinação entre os requisitos de eficiência e eficácia do sistema e as potenciais doenças profissionais, acidentes de trabalho e indícios de sofrimento são enunciados por Szelwar e Lancman (2004, p.46); o choque entre uma cultura do *management* e seus impactos sobre quem trabalho com o cuidado – e que também necessita de cuidados – são discutivos por Molinier (2019, p.146-147).

Como se dão as influências do ambiente construído e seus artefatos (mobiliário, equipamentos e instalações) junto aos fatores estressores do cotidiano dos profissionais de um hospital? A justificativa para este trabalho reside na busca por esta articulação,

¹ O artigo baseia-se em estudos da atividade dos ACS (Agentes Comunitários de Saúde), mas traz elementos aplicáveis à realidade do setor de saúde pública como um todo.

possibilitando posteriormente o desdobramento das discussões aqui apresentadas em ações que promovam melhorias no espaço de trabalho em área tão crítica.

Este projeto de pesquisa, após uma etapa preliminar de prospecção e negociações, com vistas a um objeto arquitetônico ligado a assistência em saúde pública, teve a oportunidade de investigar o uso do espaço no centro obstétrico do Hospital da Mulher Dr. José Aristodemo Pinotti, conhecido como CAISM (Centro de Assistência Integral à Saúde da Mulher), instituição vinculada à Universidade Estadual de Campinas, localizado no campus de Barão Geraldo.

Em etapa preliminar a esta pesquisa, foram feitas buscas por trabalhos acadêmicos na área de edificações de saúde (em um primeiro momento, anterior à definição do local) e, posteriormente, maternidades e casas de parto. As ocorrências encontradas são predominantemente originadas das graduações e pós-graduações em Arquitetura e Urbanismo, e apresentam fundamento nas práticas de Avaliação Pós-Ocupação. A Avaliação Pós Ocupação (APO) é um conjunto metodológico que, com o intuito de retroalimentar novos projetos ou futuro *retrofit* do ambiente analisado, busca “aferir o atendimento às necessidades objetivas e subjetivas do usuário no decorrer do uso do ambiente construído” (Ornstein *et al.*, 2018, p.20). Esta abordagem conquistou espaço e validade nas últimas décadas entre os profissionais da área de projetos – notadamente em segmentos como saúde/hospitalar, metro ferroviário e condomínios habitacionais. Atualmente a APO conta com ferramentas tecnológicas a disposição para novas análises, como a utilização do *building information modeling* (BIM), softwares para geolocalização, análises térmicas, desempenho estrutural, mapas de calor, detectores de presença, entre outros.

Neste recorte temático relacionado ao parto, há pesquisas que abordam campos próximos a este projeto (espaços para o parto, hospitalares ou não, e especialidades relacionadas). De formas distintas, mas mantendo certa similaridade, os trabalhos de Campelo (2019, p.74-93), Cotrim (2019, p.61-92), Coelho (2003, p.60-105) e Rocha (2010, p.91-158) abordaram o tema por meio de combinações entre entrevistas e aplicação de questionários sobre conforto ou levantamentos ambientais (iluminamento, acústica,

temperatura, por exemplo), tabulando resultados e levantando hipóteses relacionadas a estes e à frequência do uso dos espaços. Cotrim (2019, p.154-155) elabora uma versão de questionário apropriada à maternidade que articula fatores de conforto ambiental e humanização do espaço, com sofisticado nível de pontuação, porém não tem o objetivo de aprofundar-se em entrevistas detalhadas, condicionando os resultados às hipóteses construídas na elaboração preliminar de perguntas. Rocha (2010, p.159-173) elabora uma ficha de avaliação dos ambientes, porém combina com metodologias observacionais e entrevistas, trazendo discussões relacionadas a mobiliário, conforto e acabamentos. Coelho (2003, p.61-62) aborda em parte a experiência das parturientes que chegam ao hospital, mas também entrevista profissionais que trabalham no local e até responsáveis pela área de projetos. Há métodos interessantes, como o “caminho do paciente”, para a compreensão das tomadas de decisão e experiência dos usuários do prédio. Por fim, este trabalho descobre fatores importantes relatados pelos profissionais: sugestões para novos espaços, como sala própria para avaliação da Neonatologia, ambiente para ações lúdicas e oficinas para pacientes, maior número de armários para os trabalhadores, e até a descoberta de um conflito de opiniões dos profissionais do local sobre a banheira nos quartos.

Os trabalhos de Bitencourt (2004, p.6-7) e Neves da Silva (2019, p.62-63) abordam aspectos-chave em no uso dos espaços: consideram a percepção, cultura e entendimento das parturientes e acompanhantes, porém em ambientes de menor complexidade: casas de parto – o que auxiliou na familiarização com o tema, principalmente a humanização na assistência, mas enfoca um perfil de espaço bastante diferente do ambiente hospitalar.

Quanto a pesquisas no campo da Ergonomia, há numerosas pesquisas no campo da ergonomia para trabalhos em hospitais, nas mais diversas especialidades. Porém a abordagem a centros obstétricos ainda é pequena, com trabalhos que não abordam em profundidade alguns fatores (de natureza espacial ou de abordagem ergológica) que este projeto focalizou. Em estudo qualitativo (Albuquerque *et al.*, 2016, p.70-73), feito em uma maternidade no estado de Santa Catarina, há uma combinação de abordagens que percebe aspectos críticos de comunicação interna, necessidade de mobiliário e equipamentos

(divisórias para privacidade, mesas de auxílio, iluminação focal) reconhecendo, mas não aplicando, a Análise Ergonômica do Trabalho como referência metodológica. O trabalho de Portela *et al.* (2021, p.4-7) analisa uma UTI Neonatal com 70 funcionários, em trabalho com grande potencial para descobertas, porém restringindo-se ao campo da Ergonomia Física: questões de mobiliário e antropometria. Há lacunas que a AET pode atender, como aspectos cognitivos e organizacionais: responsáveis para o incremento de estresse físico e mental dos trabalhadores em hospitais. Este enfoque nas questões de carga mental é abordado por Nelo *et al.* (2019, p.10), percebendo o impacto do acúmulo de carga de trabalho, falta de estrutura para descanso adequado e intensidade da jornada de trabalho em um hospital-maternidade no Estado de Alagoas, porém não abrange totalmente as dimensões enunciadas pela Ergonomia.

Por fim, o trabalho de Rocha (2010, p.172), em sua conclusão, enuncia a importância do estudo interdisciplinar na análise de objeto complexo como uma maternidade, destacando a relevância da Ergonomia, da Neurociência e das Ciências Sociais como campos capazes de contribuir com conhecimento relevante ao tema.

Como um desdobramento conceitual, para além do campo da Ergonomia da Atividade, o contexto da pesquisa apresenta-se como promissor para o olhar do campo da Ergologia. O universo do trabalho na área da saúde é atravessado por características que extrapolam a mera execução de tarefas: um exemplo é a atividade da enfermagem: conforme Ribeiro, Pires e Scherer (2019, p.09-10), marcada por notória variabilidade entre demandas, espaços de trabalho e relações; e pela criticidade das demandas de atendimento produzir certa dramática na tensão entre os conceitos de “saber agir”, “querer agir” e “poder agir”, com a qual se deparam as enfermeiras e enfermeiros cotidianamente. Para Campos, Mello e Telles Filho (2015, p.2), o forte aspecto relacional presente no ofício, tanto nas interações das profissionais entre si, quanto com pacientes e acompanhantes, em eventos sempre singulares e que convocam constantemente o exercício de arbitragens pessoais. Estes autores registram, na data de seu texto (2015), escassez de produção acadêmica que articule Ergologia e Enfermagem; já Moraes, Mendes e Moraes (2022, np), em trabalho atualizado de revisão bibliométrica registram

um interesse ascendente nas pesquisas pelo tema, porém ainda com volume incipiente na produção acadêmica brasileira. A Ergologia ainda ocupa-se de uma contextualização histórica e cultural presente nas normas antecedentes da atividade: tema que será debatido posteriormente mas que, adianta-se aqui, têm-se no campo da saúde da mulher, da assistência humanizada ao parto, e do local desta pesquisa, cenários ricos em aspectos histórico-culturais a influir na atividade.

É no encadeamento entre o estudo do ambiente construído (que prescreve relações de vizinhança, privacidade, circulações, utilidades), o olhar da ergonomia (que possibilita enxergar o trabalho em suas diversas dimensões) e a abordagem ergológica (pela discussão acerca das mobilizações e arbitragens que as pessoas no trabalho empreendem) que este trabalho busca atuar e produzir discussões relevantes ao tema.

Renovam-se aqui as questões anteriores, que eram de caráter genérico, sobre a relação entre espaço e atividade. Em um centro obstétrico, quais as influências do ambiente construído (condicionado a decisões de gestão, de heranças do projeto arquitetônico, de escassez de recursos para investimento) sobre uma atividade de trabalho de caráter intrinsecamente relacional, que combina competências técnicas e experiências humanas e pessoais, como a assistência ao parto? Quais os impactos ao considerarmos as particularidades do campo?

São temas que os objetivos abaixo abordam, mas que podem expandir-se para diversos outros temas que vão além desta pesquisa.

OBJETIVOS

O objetivo geral deste projeto é compreender a relação entre a atividade de trabalho e o uso do ambiente construído pelos profissionais de enfermagem do Centro Obstétrico do CAISM (hospital universitário vinculado à Unicamp e atuante na área de Saúde da Mulher – apresentado posteriormente neste texto), por meio de uma

construção interdisciplinar na área das ciências humanas e sociais aplicadas, e em especial dos campos da Ergologia e da Ergonomia da Atividade.

Pode-se assumir como objetivos específicos:

- I. Possibilitar a construção de uma demanda ergonômica a partir de uma combinação de métodos conversacionais (entrevistas não diretivas e análise do conteúdo) e observacionais (através de contributos da Análise Ergonomica do Trabalho)
- II. Analisar as possibilidades de compreender o uso do espaço de trabalho, por meio de fundamentos do campo da Ergonomia da Atividade, como a observação sistemática e a cronologia da atividade, articuladas a um contexto de alta complexidade e suas condicionantes.
- III. Compreender aspectos da atividade da Enfermagem à luz da Ergologia, nos debates de normas e suas discussões sobre as arbitragens pessoais na atividade, a partir de demandas da atividade no uso do espaço (sua gestão, intervenções e condicionantes).

1: REFERENCIAIS TEÓRICOS E METODOLÓGICOS

O presente trabalho é compatível com o conceito de pesquisa social do qual trata Minayo (2012, p.09-14), portanto é necessário aqui, antes do aprofundamento aos referenciais teóricos e metodológicos, recordar alguns elementos que permeiam este conceito. Inicialmente, a natureza essencialmente qualitativa dos objetos de pesquisa em Ciências Sociais: ao investigar fenômenos e processos sociais, estamos falando em tópicos que pertencem a uma realidade mais rica, complexa e multifacetada que jamais será integralmente apreendida por nenhum tipo de esforço teórico e metodológico. Porém, por meio de abordagens, metodologias e ferramentas próprias, o campo das Ciências Sociais pode permitir aproximações rumo a compreensão do recorte da realidade escolhido. Estas aproximações, ressalta-se, são exercidas por pesquisadores/as e cientistas que encontram-se intrinsecamente ligados ao campo: há identidade entre sujeito e objeto, e a construção da pesquisa é, nos dizeres da mesma autora, “intrínseca e extrinsecamente ideológica”, ou seja, há uma visão de mundo anterior à pesquisa, presente nas representações pessoais e coletivas das pessoas que elaboram o projeto de pesquisa (pesquisador(a), orientador(a), coorientador(a)), bem como características do contexto (universidade ou órgão de pesquisa, programa ou laboratório, por exemplo).

É nesta visão de mundo que, ao projetar e construir esta pesquisa, há intencional definição do campo, objeto e local de pesquisa; do arcabouço teórico e das referências teóricas e metodológicas, ferramentas e o conjunto de macro e micro decisões que compuseram o fazer da pesquisa.

Como introdução necessária a este tópico é pertinente delimitar a definição do termo Ambiente Construído, e relacioná-la aos objetivos desta pesquisa. Na acepção mais próxima dos campos da Ergonomia e da Arquitetura, Vergara (2023, p.18) conceitua “ambiente” como as “condições ao redor de um organismo ou objeto”, e complementa como “ambiente construído” o ambiente criado pelo homem. Esta pesquisa não atua em áreas externas ou naturais: o edifício hospitalar pode, ele todo, ser

considerado um exemplo próprio ao conceito de ambiente construído. Dentro deste, a considerar os recortes e delimitações para uma ação (seja intervenção para reformas, análise, pesquisa), temos considerado o espaço interno do Centro Obstétrico como o ambiente construído a focar nesta pesquisa. São componentes do ambiente as características físicas do edifício enquanto obra civil (piso, paredes, teto, materiais e revestimentos, instalações), a arquitetura de interiores (distribuição e características de mobiliário e elementos de privacidade, descanso, armazenagem, iluminação, entre outros), os artefatos relacionados à atividade hospitalar (microcomputadores, aparelhos de monitoramento, equipamentos hospitalares) e todos os elementos relacionados à ocupação humana (os usuários e seus pertences). Porém a visão de elementos espaciais, técnicos e tecnológicos não pode ser considerada isoladamente, sem o fator humano que demanda, exerce, articula, influencia e é influenciado pelos elementos acima.

Como enunciado por Dejours (2005, p.21-24), o corpo é efetuator das operações com os instrumentos e ferramentas no trabalho, em atividades que demandam física, cognitiva e psicologicamente as pessoas no trabalho; também articula a existência dos objetos técnicos a uma “história das condutas e habilidades humanas”. Estes termos nos direcionam também às contribuições da Ergologia, (já citada anteriormente e na qual nos aprofundaremos nas próximas etapas deste texto).

São apresentadas a seguir algumas correntes ou campos disciplinares que exploram a análise do ambiente construído a partir de saberes específicos à área, ou que tenham evoluído a partir desta. Em primeiro lugar, é necessário abordar as articulações entre o estudo do espaço a partir das ciências humanas e sociais.

É apontada por Segaud (2016, p.21-42) a década de 1960 como demarcação do início das relações formais entre as ciências sociais e a arquitetura. À época, em países como França e Grã Bretanha, já eram discutidos teoricamente tópicos como: preferências individuais e coletivas no uso do ambiente; a priorização e classificação das necessidades dos usuários; a participação da comunidade de usuários nas definições de programa de necessidades, projeto arquitetônico e avaliações a posteriori; padrões de

uso; padrões de aglomeração (ou seu contrário: subutilização, ociosidade) que se apresentavam em espaços públicos e privados, as representações semiológicas do espaço urbano, suas edificações, praças e monumentos, entre incontáveis outros elementos para análise.

Em esforços para problematização e a posterior melhora de qualidade do fazer arquitetônico, registraram-se iniciativas de disciplinas como Psicologia, Antropologia, Sociologia urbana, Etnologia, História, Semiologia, entre outras. São registradas parcerias institucionais e a proliferação de pesquisas relacionadas ao uso do espaço, principalmente os espaços relacionados a moradia – em um contexto de incremento do volume de construções habitacionais desde o pós-guerra.

Esta pesquisa buscou uma construção interdisciplinar que seja capaz de abordar e contribuir com reflexões sobre o ambiente construído e a atividade humana; mas nesta busca há que se considerar também mais um tema: o fazer-pesquisa, a visão de ciência que este trabalho comunica – e, portanto, há fontes e referências que também colaboram neste sentido.

As referências a seguir são encadeadas por um percurso lógico que reconhece a necessidade de uma abordagem interdisciplinar (diferenciando-a de outros conceitos como multidisciplinaridade e transdisciplinaridade); assume esta interdisciplinaridade como premissa para uma pesquisa de ciências sociais na área da saúde; evoca a Ergonomia da Atividade como fundamento para conhecer o que faz o trabalhador; considera os debates da Ergologia como necessários na compreensão das motivações, do debate de normas que cada pessoa em seu trabalho exerce e que configuram o efetivo uso do espaço. Há uma referência ao campo da Psicologia Ambiental, utilizado aqui para um debate crítico permitido pela abordagem ergológica a alguns de seus conceitos, bem como referências às (não utilizadas) ferramentas normativas do campo da arquitetura (ou da construção), ou metodologias - como a Avaliação Pós Ocupação – que são citadas aqui como uma forma de apresentar o campo científico e, ao mesmo tempo, apontar as direções da abordagem da pesquisa.

Uma introdução ao conceito de complexidade em ciência é discutido em seguida, pois o campo da pesquisa, o objeto, o local e seu contexto são plenamente correspondentes a um sistema complexo – afastando esta pesquisa de processos mais lineares de experimentação e resultados.

1.1. (MULTI)-(INTER)-(TRANS)DISCIPLINARIDADES

...a ergonomia é uma disciplina autônoma, mas que não pode viver sem se nutrir das aquisições de várias disciplinas, aquisições dinâmicas e assimiladas em um espírito interdisciplinar. (Wisner, 2004, p. 35, apud Abrahão et al., 2009, p.35)

Os conceitos acerca das abordagens teóricas que transpassem um determinado campo disciplinar requerem certa reflexão conceitual, a fim de estruturar as bases para a construção da problemática, a construção da metodologia e as posteriores discussões sobre os resultados obtidos.

Morin (2005, p.10-13) aponta um vício institucionalizado de enquadramentos disciplinares, que naturalmente induzem a uma fragmentação enclausuradora do saber. Transitar apenas em domínios internos de determinado campo pode levar a uma limitação do conhecimento e do êxito do fazer científico, até uma simplória transformação de conhecimento em (apenas) dados. Com a libertação da departamentalização disciplinar, a visão moriniana nos sugere considerar todas as ciências, incluindo as físicas e biológicas, como ciências antropossociais. E da mesma forma, compreender que todo o campo antropossocial tem origem, enraizamento ou componentes biofísicos. Esta visão tem especial aderência em estudos no campo da saúde, do qual trataremos adiante. Antes é necessário discutir acerca dos diferentes conceitos que propõem as combinações entre disciplinas no fazer científico.

Há diferenças fundamentais entre os conceitos de multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade, e para a compreensão da abordagem teórica nesta pesquisa são esclarecidos a seguir.

O conceito de multidisciplinaridade, conforme Roquete *et al.* (2012, p.470), caracteriza-se pela justaposição de disciplinas em torno do mesmo tema, porém sem uma necessária integração ou tensionamento que possa desdobrar-se em inovação estrutural na produção do conhecimento. De certa forma, a multidisciplinaridade relaciona-se a um movimento de especialização, ou hiperespecialização, e suas articulações a uma divisão do trabalho no modo de produção capitalista – prioriza-se uma visão produtivista em direção a um determinado conceito de eficiência, ao mesmo tempo em que se promovem fragmentações do conhecimento.

A autora aborda ainda uma enunciação conceitual fundamental acerca da produção de conhecimento: este processo não é simplesmente uma cópia da realidade, como se houvesse uma realidade integralmente objetiva e totalmente compreensível; para se conhecer um objeto é necessário a ação do indivíduo na compreensão, transformação, tensionamento e interiorização das informações obtidas. Assim, uma visão parcial é, embora inevitável (dada a posição do pesquisador também como sujeito), potencialmente mutiladora de aspectos do objeto a conhecer.

Já a interdisciplinaridade enuncia uma inter-relação ativa, consciente e até compulsória entre disciplinas, na busca pela compreensão do objeto de pesquisa. Há aqui um conjunto de práticas relacionadas a integração de conceitos, de metodologias, de formas de comunicação e de quantos outros elementos se possa, com autonomia e certa ousadia, buscar combinar, em uma atitude de pesquisa que arrisca e aposta nestas combinações em uma busca que se pretende mais genuína no conhecimento do objeto.

O uso do termo interdisciplinaridade é o ponto de partida para a comunicação declaratória do uso de práticas de reflexão e pesquisa que cruzem as fronteiras disciplinares. Vasconcelos (2002, p.114) acrescenta a este conceito o uso do termo “práticas interparadigmáticas”, o que expande a compreensão no sentido de considerar

as disciplinas como detentoras de determinados paradigmas que, nas chamadas “práticas inter-”, participam de combinações entre si e entre outras formas de saber, ou de saber-fazer, como a arte, a cultura popular e o senso comum.

Quanto ao conceito de transdisciplinaridade, Roquete *et al.* (2012, p.467) enunciam uma dinâmica não linear apoiada em três elementos fundamentais: o reconhecimento de diferentes níveis de realidade, a lógica do terceiro incluído e a complexidade. Estes elementos podem articular-se de forma a conceber uma existência humana diversa, variável e compreendida conforme diversos contextos espaciais/temporais/(outros); nestas articulações, para o conhecimento de dado objeto, não há apenas relações de oposição, mas também de combinação entre opostos e um diálogo entre diferentes abordagens que não necessariamente trabalhem em lógicas de oposição.

Já a visão de Morin acerca destes conceitos preconiza uma nova transdisciplinaridade, lembrando que na história da ciência foram marcantes algumas grandes unificações transdisciplinares (Newton, Einstein, Marx, Freud). Esta nova transdisciplinaridade buscaria evitar a redução dos domínios científicos, fazendo-os circular em uma comunicação potencializada: o antropossocial remete ao biológico, que remete ao físico, que remete ao antropossocial (Morin, 2005, p. 139).

Assim, uma abordagem transdisciplinar não tem o objetivo de fornecer fórmulas ou conclusões definitivas acerca de uma determinada articulação metodológica, mas abrir caminhos para, dada a complexidade referente ao campo de pesquisa, convocar elementos disciplinares para combinações únicas, conforme o objeto a conhecer.

Consciente de que a transdisciplinaridade constitui-se em uma meta tão ambiciosa quanto complexa, construída através de processos (potencialmente exaustivos) de experimentação, de tentativa e erro, de tempos (extensos) de maturação de discussões e resultados, esta pesquisa aponta para o conceito anterior, de interdisciplinaridade, como fundamento e objetivo das práticas aqui desenvolvidas.

1.2. A NECESSÁRIA INTERDISCIPLINARIDADE NA SAÚDE PÚBLICA

A princípio, o contexto onde se situa a pesquisa invoca necessariamente uma visão articuladora. Uma abordagem interdisciplinar ao campo da Saúde Pública é, conforme Minayo (1991, p.70), necessária e desejável, em um movimento crítico à ideologias de cunho funcionalista e tecnocrático, que de forma geral predominaram no campo da saúde. Em uma visão interdisciplinar, há uma articulação, ainda a ser compreendida, entre o social, o psicológico e o biológico.

É pertinente apontar aqui um exemplo atual sobre esta articulação, com o recorte específico na área da saúde. Pode-se perguntar: como o biológico se expressa no social? (Minayo, 1991, p.71) Um exemplo é o contexto decorrente da pandemia COVID-19, onde foi possível à população ter acesso a grande diversidade de informações e conceitos relacionados ao campo da saúde pública. Meios de comunicação, academia, divulgadores científicos e os mais diferentes atores contribuíram para uma visão de robusta interdisciplinaridade sobre o tema: a letalidade do vírus e suas possibilidades de disseminação foram frequentemente relacionadas às formas de viver na sociedade: as pressões pelo trabalho presencial, a inevitabilidade de utilização do transporte público ou do trabalho em indústria e prestação de serviços (essenciais ou não), a construção de uma cultura baseada em formas de distanciamento pessoal, do uso de máscaras, dos hábitos de consumo (*delivery* e/ou *takeaway*, por exemplo).

Esta combinação de elementos evidenciou uma oportunidade contemporânea de reflexão acerca desta interdisciplinaridade. E, para além da reflexão, uma praxis relacionada às escolhas do indivíduo (ou do grupo) no gerenciamento dos riscos relacionados a epidemia. Para além do meramente biológico, foi preponderante a inserção do contexto sócio-histórico no enfrentamento a pandemia.²

² No período inicial da pandemia COVID-19, diversos exemplos da vida cotidiana trouxeram evidências gritantes entre o comportamento social (espontâneo ou induzido) e a evolução da pandemia. Por exemplo, a relação entre disseminação do vírus

O contexto da assistência ao parto no Brasil também é naturalmente interdisciplinar. As questões biológicas e fisiológicas do corpo da mulher, da saúde do feto ou recém nascido enfrentam as variabilidades da realidade nacional: as deficiências em infra estrutura (unidades de atendimento a saúde, equipamentos e serviços) dadas as realidades regionais e sócio-econômicas no país, trazendo o debate aos campos da sociologia, da economia, da administração pública e mesmo da geografia urbana); a este contexto somam-se os campos ligados a filosofia de atendimento, hoje caracterizada por debates que reivindicam a humanização (termo polissêmico, como se verá adiante) e trazem uma visão crítica a aspectos gestionários e financeiros – o que convoca campos relacionados a psicologia, comunicação, educação e filosofia, por exemplo.

Uma determinada realidade regional carente em atendimento local, onde faltam profissionais que possam promover um vínculo de acompanhamento e formação nos meses da gestação, pode potencializar problemas de saúde e intercorrências. Ou mesmo, complexificando o processo de parto (maior número de cesáreas, por exemplo), trazer maior carga de trabalho aos profissionais do parto (obstetrícia, enfermagem, anestesia, neonatologia), trazendo questões que tangenciem campos como epidemiologia, psicologia (do trabalho), saúde do trabalhador, análise de acidentes, segurança do paciente, entre outros.

Ao considerar a discussão acima, torna-se difícil, ou mesmo inviável, a busca pela compreensão e estudo de fenômenos na área da saúde pública sem a mobilização de um conjunto mínimo de disciplinas e áreas articuláveis e capazes de abordar temas complexos. As potenciais combinações interdisciplinares na área da saúde pública tornam este campo bastante promissor e rico em possibilidades (inclusive inovadoras e criativas) de pesquisa.

entre as classes de maior vulnerabilidade social, usuárias do transporte coletivo na cidade de SP por períodos mais extensos, resultando em maiores taxas de contaminação em bairros mais pobres da capital.

MARINO, A, KLINTOWITZ, D., BRITO, G., ROLNIK, R., SANTORO, P., MENDONÇA, P. Circulação para trabalho explica concentração de casos de Covid-19.

<http://www.labcidade.fau.usp.br/circulacao-para-trabalho-inclusive-servicos-essenciais-explica-concentracao-de-casos-de-covid-19/> acessado em 22/07/2023

1.3. A ERGONOMIA DA ATIVIDADE

Esta atenção voltada para o trabalho real [...] reúne uma preocupação mais fundamental: conhecer o melhor possível a realidade do trabalho para a qual resultam as arbitragens feitas pelos operadores com relação aos diversos constrangimentos aos quais eles estão submetidos, na perspectiva da realização do objetivo que eles construíram, individualmente. (Wisner, 2004, p.52)

Ao focar o trabalho como objeto de pesquisa, há que se reforçar novamente uma particularidade fundamental deste: o trabalho apresenta um caráter enigmático, dado pelo ineditismo de um encontro entre elementos que nunca se encontraram antes, não nas mesmas condições. Cada trabalhador, em cada situação específica, toma decisões, convoca estratégias e recursos, prioriza, seleciona e enfrenta conflitos de critérios (Daniellou, 2021, p.9). Para a abordagem de tais dimensões, ocultas, invisíveis, fugidias, é apropriado se utilizar de uma ação situada, presente na atividade, que observe com atenção, que pergunte com genuína curiosidade e que busque revelar, ao menos parcialmente, tais dimensões. É este o objetivo da Ergonomia da Atividade, abordagem teórica de origem francófona, sobre a qual se estrutura a metodologia desta pesquisa.

Esta corrente da Ergonomia, conforme Laville (2007, p.26-29) tem seus movimentos iniciais situados na segunda metade do século XX: a aprovação de leis trabalhistas relacionadas a medicina do trabalho, a indenizações por acidentes de trabalho e doenças profissionais, o fortalecimento de instâncias representativas dos trabalhadores; institucionalmente, o suporte de estruturas administrativas e políticas, o papel de lideranças intelectuais no fortalecimento de valores humanistas no período pós-guerra; a criação da *Société d'Ergonomie de Langue Française* – SELF, em 1963 e de instituições de pesquisa e ensino relacionadas ao trabalho: o *Conservatoire National des Arts et Métiers* – CNAM, o *Centre d'Etudes et de Recherches Psychotechniques* – CERP, o

Centre d'Études Appliquées au Travail – CEAT, entre outros. Considerava-se como Ergonomia até então: uma ciência praticada em laboratório, de orientação predominantemente técnica e instrumental (em equipamentos, tecnologia, organização e métodos, com fortes influências tayloristas), cujas origens apontam para iniciativas, autores e institutos ingleses e estadunidenses.

A nascente Ergonomia da Atividade promoveu um deslocamento do objeto de pesquisa, para fora dos laboratórios e representações abstratas, em busca da atividade real executada no dia a dia dos trabalhadores. São enumerados aqui três pressupostos para a compreensão desta abordagem, conforme Abrahão, Sznelwar, Silvino, Sarmet e Pinho (2009, p.34-35):

- a Interdisciplinaridade: conceito já tratado anteriormente e que, no campo específico da Ergonomia, é pedra fundamental para não encerrar o objeto de análise em delimitações mutilantes e ineficazes.

- a Análise das situações reais: em busca de dimensões que permitam compreender como as pessoas trabalham, suas estratégias e margens de manobra, é requisito inicial que se desenvolvam as observações no local do trabalho, no decorrer da ação e a partir daí uma sistematização científica que seja aderente ao que confrontou no real (e não o contrário: a busca por encaixar o real em um modelo pré-definido).

- o Envolvimento dos sujeitos: a posição do ergonomista ou pesquisador deve reconhecer na importância das verbalizações dos trabalhadores a matéria prima para a construção da análise. É na compreensão de como cada trabalhador combina suas habilidades, estratégias, experiências e representações (incluindo filosofia e história de vida, disposição, afetos), que o ergonomista pode visualizar elementos da atividade que, mesmo estando ocultos, são o cerne da ação e do desenvolvimento do trabalho.

Destes pressupostos, a Ergonomia da Atividade considera a importância da identificação de dois conceitos: a Tarefa e a Atividade. Conforme Falzon (2007, p.9), enquanto a primeira é o conjunto de prescrições da organização para o trabalhador

(quantidade, qualidade, métodos e processos), a segunda é, efetivamente, o que é feito, o que é mobilizado pelo sujeito para realizar a tarefa. A atividade tem dimensões observáveis e outras ocultas, está presente no comportamento, na linguagem e nos discursos sobre a ação, no que se diz, se vê e se faz e também no que não se diz, não se vê e não se faz.

Como um desdobramento destes conceitos, têm-se também a atenção às Regulações praticadas pelos trabalhadores: são ajustes feitos durante o desenvolvimento da atividade, em forma de ações que, não previstas ou prescritas pela organização (planejadores, gerentes, supervisores), o trabalhador assume como atitude necessária para o momento: um motorista de ônibus que para fora do ponto para um passageiro idoso descer; uma professora que utiliza recursos e tempo fora do trabalho para preparar uma aula; um operador de máquinas que improvisa um calço, uma vedação ou um ajuste extra para melhorar a qualidade da operação; estas regulações estão presentes em absolutamente todas as atividades de trabalho e nos mostram que o planejamento detalhado, a prescrição milimétrica e a pretensão gerencial de reger integralmente o trabalho são ilusões de um controle inatingível – e que perde por não considerar a riqueza presente na inventividade humana.

Ao discutir o papel da inventividade dos sujeitos na atividade, é importante discutir os conceitos presentes na abordagem dialógica da inovação, abordada por Béguin (2008, p.2-4). Como premissa central, a consideração de que a concepção (de ambientes, objetos, sistemas) não se dá por concluída na entrega do projeto, ou execução da obra, mas estende-se durante o uso, através do que podemos chamar de prova do real: os operadores, trabalhadores, usuários finais e intermediários (instaladores, transportadores) mobilizam, no uso de um novo objeto técnico, capacidades aplicadas de cognição, leitura, adaptações, estratégias de uso (priorizações, procedimentos de segurança e/ou de qualidade). Há três conceitos básicos nessa abordagem, que serão sucintamente descritos abaixo, e discutidos posteriormente neste texto, na etapa de resultados.

Em primeiro lugar, o conceito de Cristalização: todo artefato (equipamentos, mobiliário, ambientes) “cristaliza” uma série de representações (culturais, históricas, gestionárias, subjetivas) de seus usuários, constituindo nesta relação (trabalhador + objeto) um modelo de uso. Pode-se compreender então que faz parte do objeto uma certa gama de modelagens de uso que carrega em si uma gama de comportamentos de usuários, de modos relativamente consagrados culturalmente, e que, aderente ao termo “cristalização”, caracteriza-se por consolidar (explicitamente ou não) um modelo.

O segundo conceito é o de Plasticidade: em resposta às variabilidades do real, é necessário que os sistemas/espacos/artefatos tenham características “plásticas” que concedam certa autonomia aos usuários na configuração destes para atendimento a situações reais, singulares, situadas naquele espaço e momento.

O terceiro conceito é o de Desenvolvimento da Atividade: no encontro entre os trabalhadores e um novo objeto técnico (ou uma nova situação que envolva objetos, demandas, ambientes), há um processo de apropriação e desenvolvimento de novas técnicas, ou transformação de dispositivos. Pode-se citar aqui situações de criação concreta de novos instrumentos, pelo operador, de forma distinta a prevista em projeto.

Os conceitos acima descritos, a partir da abordagem de Béguin em discussões sobre uma abordagem dialógica da inovação, apresentam importantes contribuições na análise do ambiente construído, o uso de artefatos e as diversas articulações possíveis entre estes e as demandas de serviços de saúde – de natureza crítica e rica em variabilidades.

1.3.1. O USO DE ELEMENTOS DA ANÁLISE ERGONÔMICA DO TRABALHO

A evolução da Ergonomia da Atividade trouxe a abordagem da Análise Ergonômica do Trabalho - AET. Trata-se de um método aberto, que prevê modificações e adequações a cada etapa de análise, em função das descobertas e revelações que se

revelam durante o processo. A AET não é um procedimento que resume ou sistematiza gestos e posturas, nem uma ferramenta que se realiza com o objetivo de descrever ações, mas uma metodologia que, ao coletar dados nas diversas escalas da organização (da atuação mercadológica à etnografia dos trabalhadores, passando pelos pequenos gestos, regulações e verbalizações), coloque luz a diferentes pontos de vista dos envolvidos e possa apontar as “possibilidades de transformações do trabalho” (Guérin *et al.*, 2001, p.6).

Considerando-se as particularidades e objetivo deste trabalho, deverão combinar-se aos elementos da AET alguns conceitos relacionados à análise do ambiente construído e aos emergentes aspectos ergológicos e singulares de quem se situa na atividade de trabalho – com isso, não se pretende a realização de uma AET em seu modelo canônico, mas alimentar a investigação com alguns dos seus elementos. Como enunciou Wisner (2004, p.52), ao aceitarmos a AET como um método geral das Ciências Humanas, é possível direcionar suas contribuições a aspectos do trabalho pontuais ou delimitados, como “a organização do trabalho, a definição dos postos de trabalho, a formação e a transferência de tecnologia, etc.”

Entre as etapas que constituem o plano aberto da AET, enunciadas por Abrahão *et al.* (2009, p.181-182), faz-se a seguir um recorte que destaca aquelas com potencial de contribuição mais relevante à esta pesquisa, como: a análise da demanda; a escolha das situações de análise; a análise do processo técnico e da tarefa; as observações globais e abertas da atividade; as observações sistemáticas. A estas etapas se seguem a validação (junto aos trabalhadores sujeitos da pesquisa), o diagnóstico e as recomendações (formulações e direcionamento à transformação).

Há um forte direcionamento político e humanista do método: valorizando a validação junto aos trabalhadores, para somente após esta etapa construir um diagnóstico com recomendações para transformação, são esperadas contribuições no sentido de humanizar a atividade, não penalizar o trabalhador com soluções simplistas (muitas vezes de caráter tecnológico-instrumental), não contentar-se com referências

abstratas e não situadas (por ex. recomendações genéricas sobre repetitividade de movimentos ou peso a carregar oriundas de pesquisas em situações distintas).

1.4. ERGOLOGIA

A Ergologia constitui-se em um campo de debates, embora relativamente recente, capaz de contribuir de forma importante a este trabalho. Antes de discutir seus conceitos, é necessário enunciar alguns componentes que fazem parte do objeto de pesquisa deste trabalho. Na investigação sobre a atividade de trabalho no Centro Obstétrico do CAISM, constatou-se (já intuída antes do trabalho de campo) uma composição dinâmica de elementos como: o trabalho em assistência à saúde; as diversas manifestações acerca da humanização no atendimento; a missão em saúde pública e sua relação com a cidadania, os direitos e os recursos disponíveis à população; a prestação de serviços como um trabalho de engajamento mútuo (prestador e beneficiário) e que envolve mobilizações subjetivas e afetos; a realidade do trabalho atual frente às tendências atuais de gestão e aos diversos fatores estressores envolvidos; o papel do espaço, mobiliário e instalações como elementos parcialmente determinantes no trabalho (e objetos de interação e consequentes arbitragens pelos usuários).

Os elementos relacionados acima apontam para uma realidade que, confirmada em campo posteriormente, afasta-se a qualquer simplificação do trabalho a tarefas ou procedimentos padronizados: é permeada por engajamentos pessoais relacionados a representações, valores pessoais e coletivos da profissão, encontros inéditos entre sujeitos e situações, demandas que mobilizam debates situados (da comunicação e empatia até a mobilização de acompanhantes; o consolo no luto; a argumentação sobre o tratamento ou a via de parto; a mobilização no auxílio a colegas de trabalho). Este cenário requer uma mobilização conceitual que possa aprofundar-se em dimensões não só sistêmicas, mas também filosóficas, políticas, sociais, históricas, culturais, entre outras (relação que não se esgota aqui e que pode compor variadas e variáveis combinações): é a intenção da Ergologia.

Não se trata de uma nova disciplina, mas, conforme Trinquet (2022, p.27-29), “uma abordagem metodológica e/ou um posicionamento pluridisciplinar de apreensão e análise da atividade humana”, e que pode auxiliar o emergir de aspectos mais profundos onde “nenhuma disciplina científica pode apreender em sua totalidade”; desta forma, às diversas investigações em ciências humanas e sociais aplicadas, em especial àquelas que tenham como objeto de estudo a atividade humana – entendida aqui como todo ato de “fazer” humano, e que é entendida, conforme Durrive e Schwartz (2010, p.337) como um arroubo, ou um impulso (os autores nomeiam como *elã*) próprio do ser humano em direção a fazer algo – e, é necessário esclarecer, não restrito a atividades de trabalho – estas são “consideradas entre outras atividades humanas” (Trinquet, 2022, p.28).

Recorda-se aqui que a Ergonomia da Atividade tem, entre seus conceitos chave, a distância entre a Tarefa e a Atividade: onde se desenvolvem as iniciativas dos trabalhadores para efetivamente alcançar os objetivos propostos, através de estratégias, margens de manobra, regulações – e até mesmo transgressões - não previstas pela organização do trabalho. Já a visão possibilitada pela Ergologia aprofunda esta distância e estas conceituações, através da relação dialética entre normas antecedentes e renormatizações (Schwartz, 2010, p.339-348). As normas antecedentes, embora contenham as prescrições do trabalho, contam também com elementos tácitos e culturais que registram anterioridade e anonimato à situação de trabalho; incorporam relações de poder, de propriedade e da autoridade de decisões tomadas “noutro lugar” (Schwartz, 2010, p.107); apresentam também um caráter histórico e transmitem valores que extrapolam dimensões monetárias (Holz e Bianco, 2014, p.167). Frente a estas, o indivíduo analisa, arbitra, prioriza e age em âmbito singular, pessoal, no sentido de criar suas próprias normas, ou renormatizações, para atingir os objetivos propostos – o que confere ao trabalho um conteúdo pessoal, de singularizações, de respostas às variabilidades e da vivência em uma situação inédita, que nunca antes ocorreu (o

trabalho aqui e agora). Assim ocorre o Debate de Normas que conceitua a *démarche* ergológica e pode ser debatido ricamente nas análises do trabalho.

Este processo – uma verdadeira confrontação - não é feito sem a mobilização de disposições, competências e valores, e inclui o ônus das escolhas – que nunca são “totalmente fáceis de decidir” (Trinquet, 2022, p.74) – o que conceitua então as Dramáticas do Uso de Si. Este termo caracteriza mais uma chave de compreensão da abordagem ergológica: o Uso de Si. A expressão “uso” é intencionalmente discutida por Holz e Bianco (2014, p.168) e (Schwartz, 1987, p.193 *apud* Trinquet, 2022, p.74) como um feixe de mobilizações pessoais que pertence a um espectro muito maior e mais amplo de capacidades e competências – e a definição do que *fazer uso*, naquele momento, é do indivíduo que arbitra, decide e mobiliza em escolha inédita e singularizada.

O conceito de Uso de Si divide-se em duas modalidades: o *uso de si por si*, e o *uso de si pelos outros*. No primeiro, o *corpo-si* - entidade enigmática que personifica o indivíduo na atividade, formada por corpo, mente, linguagem, subjetividade, valores pessoais inseridos em experiência, história e cultura (Schwartz, 2021, p.214-215), coloca em prática suas decisões – de caráter interno – com relação ao uso de seus recursos: como carregar uma carga, iniciar uma instalação, o que memorizar e o que anotar, com que termos se comunicar, o que adiar. Já no uso de si pelos outros reside a dimensão social e interativa da atividade: a relação do indivíduo com aqueles que o demandam, o questionam, o avaliam, interagem na atividade coletiva, e tantas outras situações que compõe um cenário cotidiano de relação comum (ou o *viver-junto*, na definição dejouriana do aspecto coletivo do trabalho).

É nesta dimensão social, no tensionamento entre os usos de si (por si e pelos outros), na arbitragem e tomada de decisões singularizada, que se anuncia uma importante chave para discutir a relação das pessoas em atividade e o ambiente construído.

1.5. PSICOLOGIA AMBIENTAL : UM DEBATE

Um registro importante aqui é o início do campo da Psicologia Ambiental nas décadas de 1950-1960, com a fundamentação de pressupostos resultantes de estudos das relações bidirecionais pessoa-ambiente (Elali, 2009, p.2), entre estes a assunção de Kurt Lewin: “o comportamento (C) é função da interação entre pessoa (P) e ambiente (A)”. Com isso, esta abordagem focaliza uma abordagem integral do ambiente (não é possível isolar os elementos que ali interagem). Este ambiente é organizado cognitivamente para cada indivíduo por uma composição de fragmentos de imagens mentais; está sempre relacionado a um sistema social, formado por usuários com características psicológicas individuais (que também se relacionam com o espaço em um nível pré-consciente), e que também apresentam condutas variadas a cada nova interação.

Elali (2009, p.4-9) nos apresenta alguns conceitos que integram a Psicologia Ambiental ao uso do espaço. São conceitos-chave que abrangem situações comuns, nos permitindo relacioná-los a nossas próprias experiências espaciais cotidianas:

- *Affordance*: o potencial de uso que o objeto nos apresenta, variante a cada contexto, público usuário e demanda. Uma hipotética pequena mureta pode, a depender da situação, servir como assento para descanso; como um apoio para copos ou outros objetos; como esconderijo; como guarda-corpo, ou como um painel para desenhos, cartazes, etc.
- Percepção ambiental: trata-se do processo cognitivo de entendimento do espaço, considerando o usuário “imerso” neste ambiente, que o “circunda, contém e abraça (Ittelson, 1973, p. 13 *apud* Elali, 2009). Considera-se aqui também a singularidade de cada indivíduo no espaço, desde suas características físicas de percepção (visão, locomoção, olfato) até as representações que o ambiente ativa a cada pessoa.
- Comportamento sócio-espacial humano: a experiência humana é mediada por gestos e hábitos predominantemente culturais, como orientação corporal, posturas, estabelecimento de distância interpessoal confortável a cada

situação (Proxêmica); definição de alcance e limites em relação aos outros indivíduos no espaço (Territorialidade); controle seletivo de relações (Privacidade), exercício de intervenção no território (Apropriação).

- Aspectos afetivos e simbólicos: a gama de relações entre o ambiente e códigos culturais e sociais. Mesmo lugares fisicamente idênticos podem, a depender da comunidade onde se localizam, enraizar significados e representações de natureza variada entre si.

Os conceitos apresentados acima, vindos de um ramo específico da Psicologia, podem combinar-se aos debates ergológicos desta pesquisa – embora postos à prova em uma visão de caráter integrativo da atividade: onde a Psicologia Ambiental considera relações bidirecionais pessoa-ambiente, a Ergonomia da Atividade considera uma relação sistêmica (pessoas, ambiente, artefatos, condicionantes da demanda de trabalho, organização); já a Ergologia considerará uma conjugação (Schwartz, 2010, p.48) e a busca pela complexidade ainda nos levará a pensar esta conjugação em termos de interações endógenas não-lineares, passíveis de imprevisibilidade e eclosões (emergências).

O que é necessário frisar aqui é: cada conceito da psicologia ambiental (affordance, proxêmica, privacidade, por ex.) deve-se combinar a outros elementos relacionados a demanda, às margens de manobra e regulações da atividade, ao uso do corpo-si, em proporções dinâmicas a cada fenômeno. Por exemplo: um balcão no posto de enfermagem pode ser, a princípio, um plano onde se colocam instrumentos como computadores, teclados, cadernos e pranchetas; pode colocar-se como um plano onde se convidam a interações verbais e escritas (conferencia de documentação, por exemplo); pode ganhar eventualmente uma dimensão coletiva de reunião entre colegas de trabalho em momentos de passagem de turno; mediar a comunicação (às vezes tensa, às vezes calma) com pacientes e acompanhantes em pré-parto; permitir privacidade ou expor situações. Estes exemplos fazem parte de uma realidade de conjugação de fatores, sempre dinâmica e sujeita a variabilidades, da qual a Ergologia pode se ocupar em debater.

1.6. AS FERRAMENTAS NORMATIVAS

Os campos profissional e acadêmico relacionados às atividades de projeto e construção, tanto nas diferentes Engenharias quanto na Arquitetura e no Urbanismo, dispõe de abordagens, metodologias e ferramentas próprias e (algumas sim, outras não) tradicionalmente utilizadas para a análise de seu produto final.

Uma relação destas ferramentas nos é apresentada por Voordt e Wegen (2013, p. 208-209) e é reproduzida abaixo, transcrevendo sem modificações as palavras dos autores na edição brasileira. Embora predominantemente europeia, a variedade e pontuais similaridades permitem conhecer e refletir acerca dos objetivos buscados habitualmente em boa parte destas abordagens:

- **A.1 Real Estate Norm (REN)** (Norma imobiliária) – Foco em prédios de escritórios; há outra REN para edificações industriais. (Funcionalidade, conforto, segurança, 140 subitens)
- **A.2 Real Estate Norm Quick Scan (REN QS)** (Exame Rápido da Norma Imobiliária) - Foco em prédios de escritórios. (Funcionalidade, qualidade espacial e estética, qualidade técnica, meio ambiente, 50 subitens)
- **A.3 Vastgoed Kwaliteitsanalyse (VAK)** (Análise de qualidade de imóveis) - Combinação da REN com aspectos técnicos (Qualidade funcional, qualidade técnica, custo)
- **B. Building Quality Assessment (BQA)** (Avaliação de qualidade de edificações) - Foco em prédios de escritórios. (Empresa, localização, construção, espaço, clima interno, planta baixa. Cerca de 60 subitens.)
- **C. Serviceability Tools and Methods (STM)** (Métodos e Ferramentas de Manutenção) (Locais e espaços de trabalho, imobiliárias, legislação e regulamentação. 108 subitens.)
- **D. Achieving Excellence Design Evaluation Toolkit (AEDET)** (Ferramentas de avaliação de projetos para obter a excelência) - Foco em edificações de

assistência médica (Funcionalidade: usos, acessos, espaços; impacto e padrão de construção, com 10 itens principais e 65 subitens)

- **E. Métodos de avaliação da construção de escolas** – Foco em edificações escolares: a edificação como um todo e áreas como ambientes de aprendizado, áreas sociais, áreas ao ar livre. (Contexto, volume, interface, facilidade de encontrar o caminho, espaço social, conforto, acesso a meios de comunicação, aparência visual, segurança pessoal e patrimonial, impressão geral)
- **F.1 Healthy Building Quality (HBQ)** - Qualidade em edificações saudáveis. (Qualidade do ar, controle de temperatura, espaço disponível, privacidade, luz, ruído, percepção do trabalho)
- **F.2 Toets gezond kantoor** (verificação de qualidade para escritórios)
- **G. Certificatie Systeem kantoor gebouwen** (Sistema de certificação de prédios de escritórios) - Desenvolvido para prédios de escritórios (Fatores economicos, técnicos, comerciais e sociais; 138 subitens)
- **H. Evalueren bij een architecten-bureau** (Avaliação por arquitetos) – Foco em moradia assistida para idosos. (Segurança do usuário, orientação, interação social, conveniencia, segurança pública, expectativas)
- **I. Handboek voor toegankelijkheid** (manual de acessibilidade) - Antigo Geboden Toegang: aplicável a edificações, habitações e espaços ao ar livre. (Acessibilidade plena, desenho universal)
- **J. Checklist – Sociaal veilig ontwerpen** (Lista de verificação – Projetar para a segurança pública)
- **K. VAG- Kwaliteitswijzer** (indicador de qualidade) - Desenvolvido para ambientes residenciais / habitacionais
- **L. Woonkeur** - Lista de verificação da qualidade da habitação para o usuário – (Usabilidade, acessibilidade, segurança, conforto)

Há instrumentos similares em aplicação no Brasil, embora em menor número ou variedade, mas de conhecimento disseminado na área de Arquitetura e Engenharia Civil, como o procedimento baseado na NBR 15575-1 (2021), para análise do desempenho de edificações habitacionais, e a NBR 9050 (atualizada em 2020), que dispõe sobre acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos.

Desta forma, registra-se aqui a existência de grande variedade de ferramentas desenhadas com objetivos relacionados a desempenho e gestão.

1.7. AVALIAÇÃO PÓS-OCUPAÇÃO

Uma visão mais abrangente é possibilitada pela abordagem da Avaliação Pós Ocupação. A APO, como apresentado anteriormente na introdução deste texto, é um conjunto metodológico que, com o intuito de retroalimentar novos projetos ou futuro *retrofit* do ambiente analisado, busca “ aferir o atendimento às necessidades objetivas e subjetivas do usuário no decorrer do uso do ambiente construído” (Ornstein *et al.*, 2018, p.20). A Avaliação Pós Ocupação nos últimos anos conquistou espaço e validade entre os profissionais da área de projetos – notadamente em segmentos como saúde/hospitalar, metro ferroviário e condomínios habitacionais. Atualmente a APO conta com ferramentas tecnológicas a disposição para novas análises, como a utilização do *building information modeling* (BIM), softwares para geolocalização, análises térmicas, desempenho estrutural, mapas de calor, detectores de presença, entre outros.

De maneira geral, trata-se de uma abordagem multimétodo (Villa *et al.*, 2018, p. 81) que, longe de apresentar um *check list* fechado com itens e subitens para preenchimento, encoraja um plano aberto que deve ser composto pela equipe profissional responsável pelo serviço, combinando métodos quantitativos e qualitativos: dos tradicionais questionários, estudos por amostragem, entrevistas, grupos focais, métodos observacionais, a ferramentas mais complexas e com potencial mais subjetivo, como o Poema dos Desejos (coleta de falas e textos dos usuários), *Walkthrough* (observação através de um “percurso dialogado”), *Wayfinding* (compreensão da

orientação espacial em determinado ambiente), Discurso do Sujeito Coletivo (análise de representações e dados quali-quantitativos de natureza verbal), entre outros (Ono *et al.*, 2018, p.121-133).

Não é objetivo desta pesquisa o tratamento do assunto pelas vias de análise relacionadas a normatização, mas interessa aqui registrar sua existência e pertinência dentro de situações pontuais em que, a partir de disposições ou intenções relacionadas a melhorias no ambiente construído, permitam a composição de caminhos interdisciplinares de análise.

1.8. A COMPLEXIDADE QUE ATRAVESSA A PESQUISA

Antes de mais nada devo dizer que a complexidade, para mim, é o desafio, não a resposta. Estou em busca de uma possibilidade de pensar através da complicação (ou seja, as infinitas interretroações), através das incertezas e através das contradições. [...] Porque para mim, primeiramente, a ideia de complexidade comporta a imperfeição, já que ela comporta a incerteza e o reconhecimento do irreduzível. (Morin, 2005 p. 102.)

O que concede ao objeto em estudo a qualidade de um sistema complexo? Em primeiro lugar, a própria natureza do objeto como um campo de prestação de serviços: esta atividade se caracteriza por intrínsecas interações sociais, onde duas ou mais pessoas estão em um determinado instante, engajadas na comunicação de demandas, problemáticas, potenciais soluções e práticas de negociação – é aqui que se produz o serviço, num encontro com amplo potencial de desdobramentos variáveis. Contextualizando a prestação de serviços em um hipotético centro obstétrico, as especificidades de cada caso (partos, consultas, procedimentos agendados, intervenções emergenciais), pode-se prever a variabilidade e singularidade de cada demanda. Focalizando então o contexto do Centro Obstétrico do CAISM, temos então uma

situação de atendimento a emergências, sendo estas predominantemente de alto risco ou maior complexidade, em uma variedade de serviços que extrapola os prestados pelos serviços de saúde convencionais, pois abrange também demandas de ensino aos residentes a UNICAMP e as práticas de pesquisa relacionadas aos serviços.

Este contexto apresenta correspondência ao conceito de sistema complexo enunciado por Vidal, Bonfatti e Carvão (2002, p.39), onde há, para cada input, um número incontável de outputs: da efetiva alta das pacientes após um parto bem sucedido até as complicações ocorridas, cada uma com particulares paciente (mãe ou bebê), acompanhante, equipe médica, equipe de enfermagem, anestesistas, estado de interação e comunicação destas equipes, equipamentos ou recursos tecnológicos, local, entre outros elementos constituintes de cada ocorrência específica. As eclosões ou situações emergentes são não-lineares: sempre há variados encaminhamentos a partir de cada decisão ou input.

É possível adicionar aqui uma breve contribuição de Schwartz (2021, p.98), na abordagem ergológica: as variabilidades que se encontram no trabalho fazem parte da *“necessidade de gerir um encontro que ninguém experimentou antes de você, exatamente nas mesmas condições”*.

Caracteriza-se assim o objeto como um sistema complexo e que requer, do pesquisador que o analisa, a consciência desta complexidade e do desafio de abordá-la.

Sobre a produção de ciência na complexidade, Morin (2005, p.176) inicia a abordagem conceituando o que ela não é, desfazendo mal-entendidos habituais. O primeiro deles, e que nos interessa pontualmente aqui, é considerar a complexidade como uma receita ou resposta. Sua natureza constitui-se no convite ao desafio de pensar sem uma fórmula simplificadora: a princípio (e por princípio), a complexidade apresenta-se como um emaranhado de elementos em desordem, ambiguidade e incerteza (Morin, 2005, p.13), sendo irreduzível a paradigmas simplistas e lineares.

1.9. A CONSTRUÇÃO TEÓRICA PROPOSTA

Como introduzido ao início do capítulo, a interdisciplinaridade é premissa importante para esta pesquisa. Com isso, ao identificarmos as questões referentes ao contexto (a saúde pública, a saúde da mulher, a atividade de trabalho) foi possível elaborar uma costura entre os campos que partam da análise do trabalho (a Ergonomia e a Ergologia) que, ao enxergar o objeto arquitetônico (o Centro Obstétrico) com sua natureza de Ambiente Construído (definido ao início do capítulo), possa investigar as condicionantes do espaço no trabalho, e as respostas (no sentido de alcançar os objetivos da tarefa) de quem trabalha ao usar este espaço.

Com as reflexões iniciais acerca da natureza de uma pesquisa social, devem ser citadas aqui outras contribuições pontuais deste campo, como a Análise de Conteúdo que, em uma aplicação pontual e incorporada no decorrer dos meses de pesquisa, considerei apropriado falar a respeito no capítulo a seguir, ao descrever a etapa de Entrevistas Iniciais (sub-item 2.3.1).

As etapas em campo também trouxeram ferramentas que constituíram-se como práticas de natureza interdisciplinar, como a análise de dados em planilha relacionados aos atendimentos no C.O., com as representações gráficas decorrentes de sua interpretação (ou recorte), bem como os relatos que desdobravam-se em desenhos de arquitetura, ou anotações visuais mediadas ou co-construídas com profissionais do local - relatadas no sub-item 2.3.6, relacionado ao surgimento de Objetos Intermediários.

2: PERCURSO METODOLÓGICO

2.1. O PROJETO DA PESQUISA

Esta pesquisa foi realizada no âmbito do Mestrado Interdisciplinar em Ciências Humanas e Sociais (ICHSA) da Faculdade de Ciências Aplicadas (FCA), uma das unidades da Unicamp na cidade de Limeira.

O programa ICHSA foi criado em 2013 e caracteriza-se por sua natureza interdisciplinar, reunindo pós-graduandos oriundos de formações, experiências e territórios bastante distintos entre si. Possibilitando aos estudantes de mestrado compor arranjos interdisciplinares apropriados à problemática própria a cada pesquisa, o programa busca perspectivas originais de atuação no foco a problemas concretos e contemporâneos.

O caminho entre meu ingresso no programa e a definição pelo CAISM como local de pesquisa passou por uma perspectiva inicial relacionada ao estudo do trabalho e sua relação com a arquitetura (ou com o ambiente construído) em algum edifício da área da saúde que fosse vinculado à Unicamp. No segundo semestre de 2021, após breve descrição do projeto, foi feita a primeira reunião entre pesquisador, orientadora e co-orientadora que, sendo esta última vinculada ao CAISM, apresentou algumas questões relacionadas à criticidade do trabalho sob determinadas condições de espaço, mobiliário e organização no Centro Obstétrico da instituição. Tendo então a possibilidade da pesquisa na instituição (condicionada ao trâmite de aprovações da Comissão de Pesquisa do CAISM e do Comitê de Ética em Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais – CEP/CHS), foi iniciado levantamento bibliográfico específico sobre o contexto (assistência ao parto no Brasil, saúde da mulher, humanização na assistência), que somou-se à bibliografia que já fazia parte do projeto (relacionada a ergonomia, ciências humanas e sociais, pesquisa qualitativa, análise de edifícios, entre outros).

Esta etapa de familiarização teórica estendeu-se até maio de 2022, quando o projeto recebia sua aprovação definitiva na Plataforma Brasil, através do Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) 66963922.3.0000.8142.

2.2. DESENHO METODOLÓGICO

Inicialmente, foi utilizado um fluxograma preliminar como instrumento de desenho metodológico, atendendo o exigido nas etapas de submissão à Comissão de Pesquisa do Departamento de Tocoginecologia do CAISM e ao Comitê de Ética em Pesquisa – Ciências Humanas e Sociais (CEP-CHS) da UNICAMP.

A estrutura deste fluxograma foi mantida, mas atualizada com novas contribuições do campo (fontes documentais que me foram sugeridas), com a incorporação de novas metodologias de análise (como a cronologia da atividade e o uso de objetos indiretos), e com a consideração de sugestões durante a etapa de qualificação. Até então, o desenho metodológico fundamentava-se em um cronograma de atividades onde as etapas e conceitos viriam a se encaixar. Em sua atual versão, a ênfase é dada na articulação entre a pergunta da pesquisa, os objetivos e os procedimentos, bem como o encadeamento lógico destes, buscando responder satisfatoriamente à pergunta de pesquisa (Silva, 2009, p. 8-9).

A natureza das pesquisas em Ergonomia da Atividade pode ser caracterizada como indutiva e de N-pequeno (Silva, 2009, p.88-92), portanto é prevista, e esperada, a ocorrência de descobertas e novas questões relevantes que possam reconfigurar a estrutura do processo, tanto na incorporação de novos procedimentos na recorrência frequente à revisão bibliográfica, presente ao longo de todas as etapas da pesquisa (e não apenas no início, como é habitual em outros campos do conhecimento. Assim, este desenho atualizado, na figura 01 a seguir, incorpora a flexibilidade e a atuação ativa e retroativa sobre sua própria estrutura, representando o percurso metodológico da pesquisa.

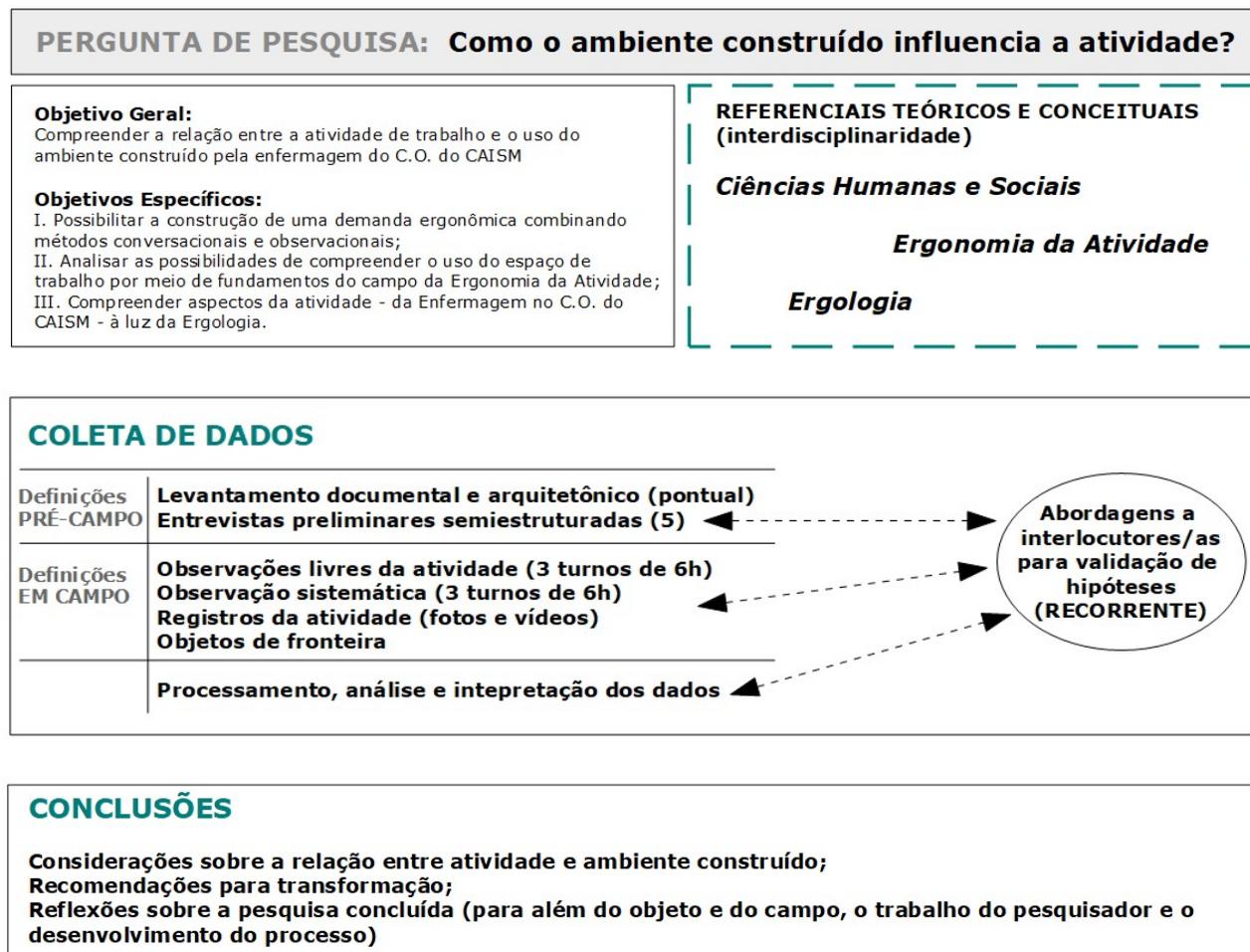


Figura 01: Percurso metodológico.

2.3. TRABALHO DE CAMPO

O trabalho de campo foi feito durante os meses de maio a outubro de 2023 e foi constituído por três etapas básicas: entrevistas iniciais, observações livres e observação sistemática. São descritas a seguir e relatadas etapas internas ou intermediárias (por exemplo a Cronologia da Atividade no item 2.3.5.), bem como surgimento de novos elementos, como os Objetos Intermediários (item 2.3.6.), ou o uso de Dados Complementares (2.3.7.), o que não ocorreu posteriormente, mas em diversos eventos durante as interações em campo – uma vez que são diversas fontes de dados e responsáveis pela cessão destes.

2.3.1. ENTREVISTAS INICIAIS

A primeira etapa do trabalho de campo teve como objetivo compreender o encadeamento dos serviços prestados por cada departamento relacionado ao Centro Obstétrico. Etapa preliminar à imersão na atividade dos profissionais, é necessária, conforme Guérin *et al.* (2007 p. 100-101) para o entendimento das diferentes demandas internas, a articulação destas entre si e como se manifestam as exigências e constrangimentos próprios ao funcionamento da organização.

Por meio de entrevistas presenciais (tendo no decorrer de sua realização predominado um caráter de livre articulação de elementos para a maioria dos interlocutores), buscou-se obter respostas de caráter introdutório sobre cada departamento, suas funções, demandas, estrutura, e respostas a questões exploratórias relacionadas a questões críticas, dificuldades percebidas no trabalho da equipe, e posteriormente relacionadas ao espaço físico, artefatos, tecnologias, entre outros.

Nesta etapa foi aplicado o conceito de entrevistas não-diretivas (Bardin, 2011, p.218): a partir de uma estrutura mínima com foco em determinado conteúdo de interesse (ou *instruções temáticas*), o discurso se dá segundo a lógica própria do entrevistado, sua elaboração pelo interlocutor se dá no momento da entrevista. Esta modalidade de entrevista é marcada por constantes reformulações e interações entre quem entrevista e quem responde, e ao pesquisador se atribui a busca por atitudes de empatia, sem juízos de valor ou desvalorizações (o que autora enuncia como *consideração positiva e incondicional*).

Com relação às verbalizações que constituem as entrevistas iniciais, há uma importante articulação entre referenciais da Ergonomia, da Ergologia e da Análise de Conteúdo. Na Ergonomia, têm-se em Guérin *et al.* (2001, p.165-166) a constatação de que a “atividade não pode ser reduzida ao que é manifesto e, portanto, observável”; desta forma, há elementos na atividade que permanecem, a princípio, ocultos, até que haja o gatilho das perguntas de pesquisa aos trabalhadores: o por quê de priorizar determinada tarefa e adiar outras, a seleção silenciosa de estratégias durante o trabalho,

e mesmo as consequências do trabalho a cada momento: a fadiga, os intervalos para recuperação física e/ou mental, a alternância entre determinadas ações, entre outros. Já para Wisner (1995, p.603), a forma como os operadores constroem suas explicações e problemáticas é fundamental para a compreensão da atividade, tanto no desenvolvimento do processo de análise, quanto no entendimento das condições que podem levar a erros e acidentes. Ainda na Ergonomia, Abrahão, Sznelwar, Silvino, Sarmet e Pinho (2009, p.224-225) lembram outras qualidades do estudo das verbalizações dos trabalhadores: além da compreensão das principais características do trabalho, há a familiarização do ergonomista com o vocabulário profissional e das representações do entrevistado acerca do seu sistema técnico.

No campo da Ergologia há um forte direcionamento à compreensão do debate de normas que está sempre presente na atividade: quem trabalha está constantemente confrontado às normas antecedentes do seu trabalho (manuais, prescrições e instruções, regras organizacionais, entre outras). O real do trabalho é infiel às prescrições: as variabilidades e outros elementos imprevistos requisitam ao trabalhador que utilize margens de manobra para adaptar-se e, frequentemente, assumir alternativas e improvisações fora das normas antecedentes e produza novas normas (de caráter pessoal e singular) a partir daí. Para que este processo de regulação e manobra ocorra, antes da ação são necessárias avaliações (das normas antecedentes e dos objetivos do trabalho naquele momento) e ponderações (reflexões, comparações, cálculos de risco ocorridos rapidamente e até a nível pré-consciente). Este debate de normas se dá então de forma não só objetiva, mas também subjetiva e é sempre constituído das representações e sistemas de valores próprios àquele trabalhador, ou àquela trabalhadora, confrontado naquele determinado momento ao objetivo que deve alcançar. As representações do trabalhador acerca da atividade requerem nossa reflexão a respeito da relação entre trabalho e linguagem: as trocas languageiras, como enunciou Schwartz (2021, p.146) estão presentes em todas as situações locais e constituem-se em fenômeno dinâmico, de forte caráter personalizado e situado, eficazes (pois criadas na

atividade, por quem a desempenha, na necessidade do momento para que o trabalho se desenvolva) e de certa forma subversivas e criativas (pois passam à margem da comunicação institucional e formalista, e incorporam todo tipo de variabilidade e mutação). O autor desenvolve ainda esta relação, considerando a linguagem como o lugar da fabricação dos conceitos da atividade de trabalho em diversas dimensões: organizacionais, gerenciais, hierárquicas, técnicas, entre outras. Esta pesquisa, ao focar uma instituição como o CAISM, apresenta campo fértil para interpretar as representações que as profissionais do local podem ter sobre as mães e acompanhantes, sobre sua missão na saúde pública, sua formação e papel profissional, sobre a complexidade dos casos de alto risco, sobre colegas de trabalho e diferentes níveis hierárquicos, sobre a interação com estudantes, internos e residentes, sobre a disposição pessoal no decorrer de longos turnos de trabalho, sobre variabilidades e acidentes. Estas representações são, muitas vezes a nível pré-consciente, norteadoras da atividade, do uso do corpo-si de médicas/os, enfermeiras/os, técnicas/os e outros indivíduos no trabalho: disposição e disponibilidade, prioridades, encaminhamentos, formas de comunicação, por exemplo. A ação resultante das escolhas e renormalizações que as pessoas assumem no trabalho constitui-se naquilo que a Ergologia denomina “dramáticas do uso de si”, onde o ato está conectado a uma micro-história, essencialmente inaparente (Holz e Bianco, 2014, p.168) mas palco de escolhas e arbitragens – que não se dão sem conflitos, sem um tensionamento entre as normas antecedentes e a atividade – o que lhe confere o termo.

A valorização das verbalizações pela Ergonomia e a atenção aos valores pessoais, singulares e situados anunciada pela Ergologia podem ser combinadas ao campo da Análise de Conteúdo, especificamente nas áreas da análise temática e da análise da enunciação.

A valorização destas verbalizações é um componente fortemente político no campo da Ergonomia, tanto nas pesquisas acadêmicas quanto na atuação profissional, pois questiona a infalibilidade da prescrição do trabalho, ou do projeto do trabalho

realizado “de cima para baixo”, pois dá voz ao trabalhador, analisa, interpreta e devolve à sociedade na intenção de fazer conhecer, e dentro das possibilidades existentes, de transformação do trabalho.

A elaboração destas questões foi feita por meio de discussões entre pesquisador, orientadora e coorientadora. Após a primeira versão, foi aplicada em caráter de pré-teste a uma interlocutora qualificada para uma leitura crítica do processo: atuante como docente na Faculdade de Enfermagem da UNICAMP, tendo anteriormente trabalhado no próprio CAISM, também na área de Enfermagem. O pré-teste teve, em suas respostas, importantes contribuições para gerar uma nova versão do roteiro da entrevista, tendo corrigido a anterior em aspectos relacionados à clareza de algumas questões finais, sendo a versão apresentada aqui no Apêndice I.

Foram escolhidos setores representativos para estas entrevistas preliminares, e efetuados convites às chefias destes para uma reunião presencial de aplicação da entrevista, das quais responderam e permitiram entrevista os responsáveis pelos setores de: Obstetrícia, Neonatologia, Enfermagem e Superintendência.

A entrevista na área de Enfermagem foi feita na DIVEN (Divisão de Enfermagem) do CAISM, e ao final de sua aplicação houve a sugestão de entrevista também com a supervisão da Enfermagem no próprio Centro Obstétrico. O convite foi feito e aceito rapidamente, tendo esta entrevista se realizado alguns dias depois.

Cabe também destacar que a entrevista com a Superintendência contou com questões de natureza institucional e de gestão, apresentadas aqui no Apêndice II.

Todas as entrevistas contaram com a aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), reproduzido no Apêndice III.

Como um Objeto Intermediário de mediação nestas entrevistas, foi apresentada a planta do Bloco Operatório do CAISM, onde estão representados o Centro Obstétrico e o Centro Cirúrgico, circulações e acessos. Em alguns momentos, esta ilustração foi utilizada pelos interlocutores para ilustrar determinadas narrativas sobre fluxos,

relações e dificuldades. Esta planta consta aqui como Anexo I, reproduzida em menor escala apenas para fins ilustrativos aqui.

2.3.2. PROCESSAMENTO E INTERPRETAÇÃO DAS ENTREVISTAS

As cinco entrevistas aplicadas foram gravadas em áudio, transformadas em arquivos de extensão “.aac”, somando ao todo 232 minutos. Para a transcrição destes arquivos foi selecionado o aplicativo Reshape, com o primeiro acesso em forma de teste gratuito, e posteriormente em sua versão paga, para obter a capacidade de processamento necessária.

Foram percebidas dificuldades iniciais relacionadas à falta de compreensão do aplicativo sobre alguns termos técnicos ou médicos, e também nomes próprios, incluindo siglas e o nome da instituição – CAISM. Posteriormente foi constatada uma funcionalidade de Vocabulário no mesmo aplicativo, onde foi possível escrever os termos específicos, que passaram a ser compreendidos com maior precisão. Ainda assim, com certo volume de falhas de transcrição, a totalidade dos minutos de entrevista foi ouvida novamente e o texto gerado pelo aplicativo foi gradualmente corrigido, desta vez manualmente – uma vez que eram erros de fácil detecção, com leves divergências de fonema, mas não de sentido. Neste mesmo procedimento foi feita a seleção de elementos dos discursos para que constassem como pontos relevantes e objetos de exploração posterior na pesquisa.

Considerando a articulação do conteúdo das entrevistas (a fala de determinados indivíduos atuantes no CAISM) com: o ponto focal da pesquisa (relação entre ambiente construído e atividade), o contexto macro da assistência ao parto e da saúde da mulher (obtido em referências bibliográficas) e os dados coletados previamente (documentais), temos um processo que se aproxima mais do conceito de interpretação do que de análise. Como definiu Minayo (2012, p.79-96), a análise tem o mérito de decompor os dados, ir além do descrito e buscar relações entre as partes decompostas; há uma gama bastante

rica de possibilidades inscritas no campo da análise, incluindo a categorização, a análise temática, a análise da enunciação, a estruturação do próprio processo de análise dentro de um conjunto lógico de parâmetros, entre outras. Mas a partir de uma ação consciente do pesquisador, ao compor a análise do conteúdo das entrevistas junto a outros dados (de distintas naturezas) coletados na pesquisa, há o surgimento de inferências – afirmações de verdade de uma proposição, devido a ligação desta com outras proposições aceitas. Ainda conforme a autora, a partir da análise dos resultados obtidos e a enunciação de inferências acerca do tema, combinados a uma suficiente fundamentação teórica, têm-se a possibilidade de construir interpretações a respeito do conteúdo (das entrevistas, neste caso específico). Portanto o conceito de interpretação é aderente aos objetivos desta pesquisa e será o caminho pretendido ao demonstrarmos os resultados e a discussão.

Foi necessário recorrer ao campo da Análise de Conteúdo para estruturar o processo de categorização, e posteriormente de interpretação do *corpus* resultante das entrevistas. A categorização, conforme define Bardin (2012, p.145), é uma “operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o gênero (analogia), com os critérios previamente definidos”. Nesta pesquisa, a categorização ocorreu por um processo híbrido, pois foi pré-concebido um primeiro critério: discursos relacionados ao uso do espaço. Além desta categoria inicial, após o processo de entrevistas e de uma leitura flutuante do material, foram reagrupadas os elementos do discurso de maneira progressiva (a denominada classificação por “acervo”). Os resultados serão discutidos posteriormente, mas antecipa-se aqui as categorias, para uma compreensão preliminar do método. São elas: uso do espaço, complexidade das demandas, tecnologia, organização do trabalho, ensino e pesquisa. É importante reforçar que, no real do trabalho, estas características atravessam-se entre si, não se sustentam isoladamente, mas que para os objetivos da categorização e interpretação, nos permitem reagrupar elementos similares das falas de entrevistados distintos, para conferir ou confrontar as

diferentes visões sobre um mesmo tema. É também a categorização a responsável pela chave de interpretação escolhida: a análise temática.

Na análise temática, há a busca pela associação do conteúdo a determinado(s) tema(s) central(is): neste caso, as visões das pessoas entrevistadas sobre a atividade e sua relação com o ambiente construído: problemas e inadequações, inventividade e estratégias para solução de problemas espaciais, possibilidades e impossibilidades relacionadas ao espaço físico.

Ao longo deste texto apresento algumas falas, selecionadas como ilustração a determinados tópicos, e identifico pelo número da entrevista, de *E01* a *E06*.

2.3.3. OBSERVAÇÕES LIVRES DA ATIVIDADE

Após a realização das entrevistas, foram agendados períodos de observações livres da atividade. Em períodos de seis horas, buscando apreender um turno inteiro de trabalho (seis horas) ou períodos que incluam a passagem de turno (13:00h ou 19:00h), pude permanecer nas diversas áreas do Centro Obstétrico onde, por alguns momentos permaneci em silêncio anotando fluxos, interrupções, fatores geradores de ruídos ou de demandas imprevistas, observando as interações entre pacientes, acompanhantes, enfermeiras, técnicas de enfermagem, residentes, médicos e demais profissionais (farmácia, administrativo, escolta, maca, copeira, etc.). Além da observação silenciosa, foi possível eventualmente conversar de maneira livre com as profissionais que atuam no local, obtendo então novos elementos que, em alguns casos corroboravam o relatado nas entrevistas das chefias, ou em outros casos apresentavam pontos de vista distintos.

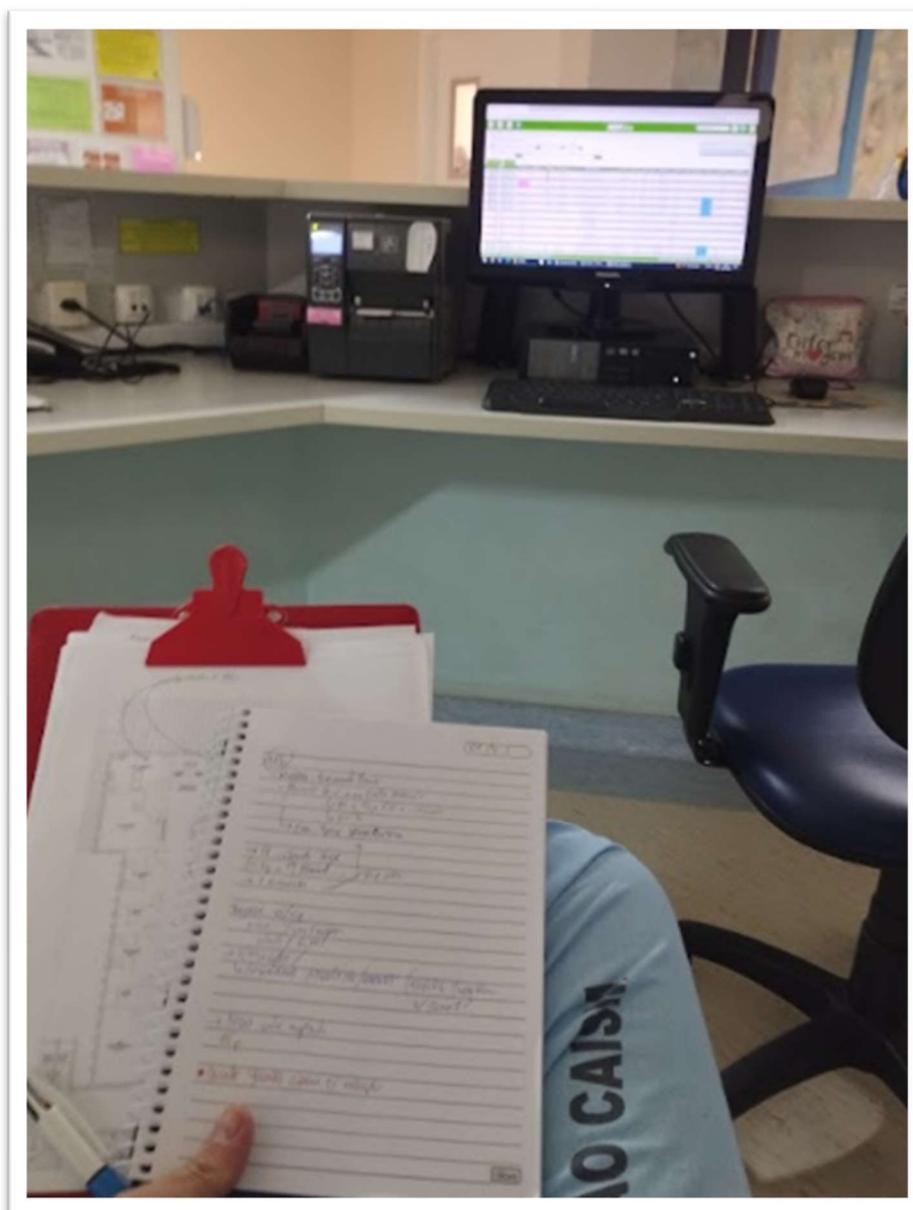


Figura 02. Foto do autor, em um dos períodos de observações globais da atividade no C.O., com planta impressa e caderno de anotações.

No decorrer desta etapa foi possível vislumbrar elementos relevantes e que possibilitaram a construção da demanda ergonômica. Conforme Wisner (1995, p.595-605), esta construção é uma etapa importante ao trabalho do ergonomista, partindo do princípio que os elementos críticos do sistema não são, naturalmente, dados de antemão: as informações preliminares recebidas são elencadas pelos trabalhadores a partir de sua própria percepção e seu viés cognitivo; não há uma organização a priori da torrente de

informações e registros, nem uma hierarquia lógica entre as demandas e interações dadas na atividade. Desta forma, é papel do ergonômista ler criticamente estas informações e, no decorrer das etapas iniciais e intermediárias da AET, reformular a demanda ergonômica. A partir daí, é possível definir “onde olhar” e aprofundar-se em dimensões da atividade de forma mais complexa.

Com isso, a própria construção da demanda constituiu-se em um processo já rico em percepções, descobertas e elaborações, sendo por este motivo apresentada posteriormente: nos resultados da pesquisa. É oportuno colocar aqui, como introdução à próxima etapa, sobre a relevância do trabalho da Enfermagem como articuladora entre os diversos atores e demandas no local. A demanda construída é apropriadamente explicada no item 3.2. do próximo capítulo.

2.3.4. OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA DA ATIVIDADE

A observação sistemática da atividade visa, após a formulação da demanda e o conhecimento da atividade pelas observações globais, aprofundar-se de maneira detalhada em busca de dados que, pela própria natureza das etapas anteriores, não tenham sido revelados ou minimamente identificados. Esta próxima etapa fundamenta-se na construção de um método que, a partir da metodologia aberta da Ergonomia da Atividade, possa compor uma forma de abordagem que combine ferramentas e/ou técnicas consideradas as adequadas do ponto de vista do Ergonomista para o alcance de objetivos satisfatórios no processo. É esperado aqui um distanciamento de técnicas que enfoquem fatores microdeterminantes de maneira isolada: postura, deslocamento ou tomada de informação, que não podem ser considerados sem a referência situada ao trabalho que está sendo realizado (Guérin *et al.*, 2001, p. 149).

Foi adotada a Cronologia da Atividade como ferramenta de coleta de dados da atividade da Enfermeira responsável pelo C.O – ponto focal definido na construção da demanda ergonômica. O procedimento da cronologia pertence a certas categorias de

observáveis enunciadas por Guérin *et al.* (2001, p. 149-164), sobre os quais é interessante citar:

- A descrição cronológica apresenta potenciais para a criação de gráficos de atividade (demonstrados posteriormente aqui);

- O potencial de descrição narrativa de determinados eventos ocorridos no C.O.;

- A dimensão coletiva da atividade e as interações entre os diversos atores da situação de trabalho: tanto os atendidos de forma presencial quanto aqueles com os quais a relação se dá mediada por artefatos: o interfone do C.O., o telefone da recepção, o email e o whatsapp pessoal.

- A busca por uma compreensão, ainda que parcial, de fatores motivadores da ação ou da tomada de decisão, ainda que implícitos. Este ponto requer uma explicação um pouco mais extensa, no parágrafo a seguir.

É possível compreender e registrar ações relacionadas a um atendimento telefônico, o preenchimento de formulários de admissão ou evolução da paciente, ou a orientação dos maqueiros no transporte de um paciente. Mas um ponto foi verbalizado junto às Enfermeiras onde foi feita a análise, desde o primeiro dia de análise: como podemos compreender as ações que são adiadas, canceladas ou apenas observadas (acompanhamento de situações que apenas aguardam evolução)? Como exemplo: uma enfermeira que desloca-se até o quarto de uma paciente para a busca do prontuário, com o qual preencherá em seu balcão o histórico atualizado de evolução desta: ao deslocar-se, observa no corredor se o local onde foi deixada uma maca não está atrapalhando a circulação; ao entrar no quarto observa a paciente e o bebê dormindo, fazendo rápida avaliação de normalidade da situação (um discreto monitoramento); ao voltar para o balcão lembra-se de uma reclamação da técnica de enfermagem sobre a qualidade dos sacos de lixo, mas pondera em deixar para comunicar esta reclamação (em formulário específico para a administração) no final do turno, gerenciando seu tempo imediato para a execução de outras tarefas prioritárias (é importante registrar que este processo adiado

requer o uso da memória até o final do turno). Estas atividades são exemplos muitas vezes não relatáveis durante o acompanhamento, mas fazem parte da pesquisa e, em uma hipotética falta destas práticas, são potencialmente multiplicados os riscos, os imprevistos e as contingências no trabalho.

Assim, as exigências cognitivas da Enfermeira em turno são tão variadas quanto incorporadas de forma natural ao seu pensar enquanto trabalha – e com isso, parcialmente ocultas à observação e registro. O que temos então é, por parte do ergonomista e pesquisador, um reconhecimento da natureza oculta de um incontável número de pequenas tarefas, e a necessidade de buscar, pela verbalização na atividade, pelas perguntas disparadoras e pela confrontação (ocorrendo, de preferência, imediatamente), ao menos uma compreensão parcial destas características tácitas da atividade.

2.3.5. CRONOLOGIA DA ATIVIDADE

A primeira etapa antecedente à prática da Cronologia foi o planejamento e a definição de determinado padrão a observar. Durante a etapa das observações globais, foi verbalizado por enfermeiros e técnicas a diferença entre os turnos de trabalho. O Centro Obstétrico funciona em três turnos:

- a) Manhã: 7:00h a 13:00h, com sobreposição de 5 minutos antes e depois, para a passagem de turno;
- b) Tarde: 13:00h a 19:00, com sobreposição de 5 minutos antes e depois, para a passagem de turno;
- c) Noite-Noite: 19:00 a 7:00h, com sobreposição de 5 minutos antes e depois, para a passagem de turno. Este turno é duplo, com profissionais adequadas a esta escala de trabalho.

Questionados sobre as diferenças entre turnos, e conscientes sobre os objetivos desta pesquisa na busca de períodos críticos de atividade, os profissionais de forma

relativamente unânime indicaram-me o período da manhã como o mais interessante para acompanhamento, pois conjuga as demandas do início do dia (é no início da manhã que se fazem as visitas médicas, o que inclui maiores interações de residentes e internos), a chegada de novas pacientes e a interação com a administração após o turno da noite (havendo comunicações de demandas e providências administrativas relacionadas ao turno anterior – onde não há pessoal de apoio administrativo). O turno da tarde também foi citado como relativamente interessante e, ao contrário do que eu pré-concebia antes do trabalho de campo, citaram o turno da noite como bastante tranquilo em termos de movimento ou demandas – havendo, logicamente, intercorrências mas em menor volume e variedade do que as dos turnos Manhã e Tarde.

Assim, foi definido o acompanhamento ao turno da manhã, e às quartas-feiras. Foram feitos três dias de acompanhamento pela cronologia da atividade, com a base do pesquisador no balcão do Centro Obstétrico, e em deslocamento caso necessário (a partir das demandas da observação da atividade).

Devido à natureza da atividade descrita no item anterior, a necessidade de revelar aspectos não-ditos do trabalho, através da verbalização das tomadas de decisão, posturas e prioridades, foi natural que durante as interações da pesquisa ocorressem pequenos diálogos de confrontação sobre o trabalho e a validação de pequenas hipóteses (por ex., a escolha das salas de parto ou quartos, os horários de separação de materiais para exames anatomopatológicos, as providências para reorganização de salas, etc.). Esta confrontação junto ao trabalhador é enunciada na Ergonomia da Atividade como etapa necessária para a validação das hipóteses, e é um componente fortemente político desta abordagem, pois não ignora a fala do trabalhador, suas estratégias e regulações – que somam-se à visão do ergonomista na construção do diagnóstico.

Os registros completos da aplicação da Cronologia da Atividade encontram-se no Apêndice IV deste trabalho.

2.3.6. O SURGIMENTO DE OBJETOS INTERMEDIÁRIOS

No decorrer das etapas descritas anteriormente, das entrevistas preliminares à cronologia da atividade, a própria natureza da pesquisa, ao focar o uso do espaço, extrapolou as modalidades verbais de entrevista e acompanhamento. Foi inevitável, e de certa forma espontâneo, o surgimento de objetos intermediários como ferramentas auxiliares à investigação.

O conceito de Objetos Intermediários é enunciado por Braatz (2015, p.54) como suportes de simulação no processo de concepção de situações produtivas. Em uma aplicação mais específica a esta pesquisa, há o desdobramento conceitual rumo a noção de Objetos de Fronteira. A caracterização de Objetos de Fronteira fundamenta-se no reconhecimento de um contexto de intersecção de mundos sociais diferentes e a necessidade de um modo de comunicação colaborativa, e podem assumir variadas formas, entre as quais há ferramentas, documentos e modelos (Braatz, 2015, p.56).

Nesta pesquisa, a concepção de objetos de fronteira, muitas vezes no decorrer da ação da pesquisa, em meio a diálogos e observações, objetivou um diálogo entre áreas, ou entre mundos: o da atividade vivida no hospital, e o da pesquisa em ergonomia (exercida por um arquiteto, o que inevitavelmente trouxe um viés mais gráfico a tais objetos). Desta forma, recorreu-se a concepção de linhas do tempo, fluxograma ou croquis como forma de apoio na interpretação das verbalizações, e meio de confrontação e validação de hipóteses acerca dos fenômenos constatados.

Foram impressas em folhas A3 algumas cópias da planta do Centro Obstétrico, previstas para uso durante as entrevistas preliminares; estas plantas acompanharam a pesquisa em todas as etapas, pois em diversos momentos nas etapas de observações globais e observação sistemática os diversos atores da situação de trabalho me auxiliaram a partir do desenho em planta: fluxos de circulação, uso das salas, ambientes de influência do ar condicionado (questão crítica que esteve presente em diversos momentos). O uso de caneta “quatro cores” também foi bastante importante tanto nas

interações onde os usuários indicavam informações, quanto em momentos onde tinham iniciativa de desenhar sobre a planta.

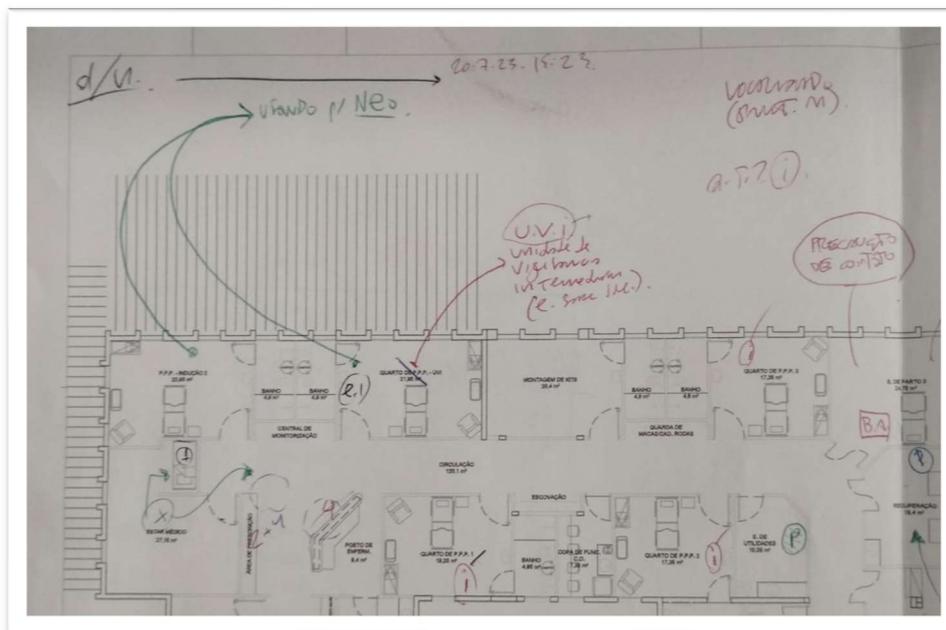
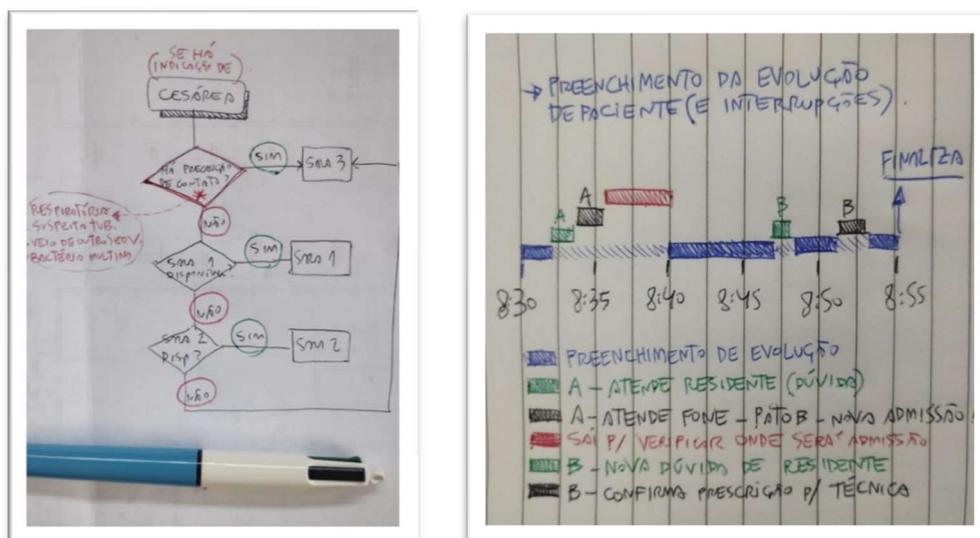


Figura 03. Planta (parcial) do Centro Obstétrico com intervenções e anotações feitas durante período de observações globais (20/07/2023, anotado na parte superior)

Durante a etapa de Cronologia da Atividade, em momentos onde era possível (entre demandas), alguns pequenos eventos de confrontação da atividade, por meio de esquemas rapidamente desenhados, foram fundamentais para a compreensão de certos fenômenos. Entre estas figuras esboçadas durante a pesquisa de campo, é interessante citar: o fluxograma (figura 04) para compreensão das estratégias de uso das salas de parto e quartos PPP (Pré-parto, Parto e Puerpério); uma linha do tempo para representar as interrupções sobre uma tarefa da enfermeira (figura 05) e os desenhos feitos por técnicas de enfermagem que representavam a organização espacial da equipe durante o trabalho de parto (figura 06).



Figuras 04 e 05. Esboços de fluxograma para uso de salas e linha do tempo de interrupções.

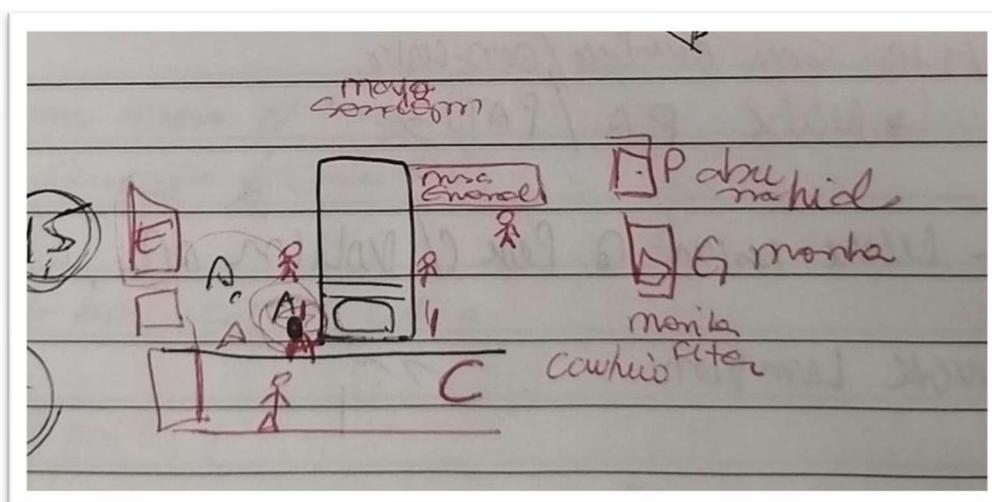


Figura 06. Representação de posicionamento habitual (com relação ao leito) dos diversos atores no trabalho de parto, bem como representações de artefatos e mobiliário.

2.3.7. DADOS COMPLEMENTARES

Nas diversas interações com o campo, entre entrevistas, participação em reuniões e os períodos de observações livres da atividade, foi possível, através de diálogos e colaborações de diferentes fontes, acessar arquivos com dados internos da instituição, sendo importante citar aqui:

- Planilha de Indicadores em Assistência Obstétrica: elaborado pela Célula de Estatística do Sistema Obstétrico do CAISM, conta com dados relacionados a proporção entre partos vaginais, cesáreas e a forceps. Quantidade de partos com acompanhantes, casos de óbitos fetais, uso de analgesia, partos induzidos, entre outras informações qualificadas e que hoje são utilizadas para discussões na Comissão Permanente de Acompanhamento das Taxas de Cesárea (CPATC). Consta no Apêndice VI uma reprodução desta planilha.

- Planilha com dados estatísticos da população da enfermagem (com distinção entre cargo, grau de instrução, sexo, idade e tempo na instituição)

	A	B	C	D	E	F	G	H
1	Cargo	Situação	Grau de Instrução	Nascto	Sexo	Idade	Adm.	Tempo na UEC (dias)
2	TECNICO ENFERMAGEM	Ativo	Ensino Médio completo					
3	TECNICO ENFERMAGEM	Ativo	Ensino Médio completo					
4	AUXILIAR ENFERMAGEM	Afastado	Ensino Médio completo					
5	ENFERMEIRO	Ativo	Especialização					
5	TECNICO ENFERMAGEM	Ativo	Ensino Médio completo					

Figura 07. Print de trecho da planilha de população da Enfermagem. Imagem editada para ocultar informações sensíveis. Fonte: Autor, sobre planilha cedida pelo CAISM.

- Planilha de procedimentos no Centro Obstétrico (estatística mensal)

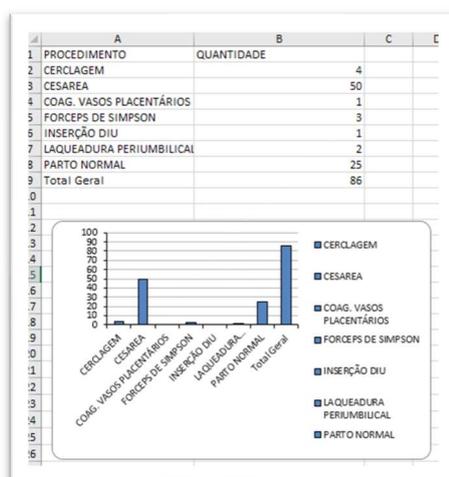


Figura 08. Print de trecho da planilha de Procedimentos no C.O.. Fonte: CAISM.

• Planilha de Gasto de Salas no C.O.: contém informações importantes sobre o uso do espaço. Com a quantificação dos procedimentos, sala utilizada, tipo de anestesia e horários de admissão, início, término, ida para RPA (Recuperação Pós Anestésica) e saída da RPA, permitiu ainda a criação de outras colunas na planilha, onde foi possível combinar dados e obter elementos importantes para as discussões no local.

A	B	D	G	H	I	J	K	L	M	N	O	S	T
DATA	CLIENTE	PROCEDIMENTO 01	SALA (PAPEL)	S	ANESTESIA	ADM	INÍCIO	TÉRMINO	S. SALA	E. RPA	S. RPA	tempo para saída de sala	tempo em RPA
		CESAREA	-	-	RAQUI	-	09:01	10:10	10:10	10:15	20:18	00:00	10:03
		PARTO NORMAL	SALA	1	LOCAL	-	08:48	09:36	-	09:45	15:50	#VALOR!	06:05
		CESAREA	SALA	1	B. COMBINADO	-	10:14	12:10	12:20	12:25	-	00:10	#VALOR!
		LAPAROTOMIA EXPLORAT	CC	2	RAQUI	12:00	12:20	15:10	15:20	15:30	-	00:10	#VALOR!
		CESAREA	-	-	RAQUI	-	17:00	19:00	19:10	19:10	20:37	00:10	01:27
		CESAREA	SALA	1	RAQUI	20:20	21:25	22:33	22:45	22:45	-	00:12	#VALOR!
		CESAREA	PPP	3	RAQUI	-	22:05	23:15	23:20	23:20	-	00:05	#VALOR!
		CESAREA	SALA	1	RAQUI	12:15	12:42	14:50	15:00	15:00	-	00:10	#VALOR!
		PARTO NORMAL	SALA	2	PERIDURAL	13:35	14:35	16:25	-	16:30	-	#VALOR!	#VALOR!
		PARTO NORMAL	-	-	-	-	00:50	00:50	00:55	01:00	-	00:05	#VALOR!
		CESAREA	SALA	1	B. COMBINADO	-	11:30	13:30	13:35	13:40	16:25	00:05	02:45
		CESAREA	SALA	1	GERAL	17:45	17:54	18:45	19:40	19:40	20:10	00:55	00:30
		CESAREA	SALA	1	RAQUI	09:20	09:55	11:20	11:30	11:35	20:20	00:10	08:45
		CESAREA	SALA	2	RAQUI	11:20	11:50	14:35	14:45	13:48	16:10	00:10	02:22
		CESAREA	SALA	2	RAQUI	14:35	15:10	17:00	20:45	-	20:45	03:45	#VALOR!
		CESAREA	SALA	1	COMBINADO	16:50	17:40	19:45	20:14	-	-	00:29	#VALOR!
		PARTO NORMAL	-	-	B. COMBINADO	03:45	04:05	04:40	04:40	04:42	10:00	00:00	05:18
		PARTO NORMAL	SALA	2	-	20:56	22:00	21:31	-	-	-	#VALOR!	#VALOR!
		PARTO NORMAL	SALA	2	B. COMBINADO	08:20	10:30	11:55	-	-	14:00	#VALOR!	#VALOR!
		CESAREA	-	-	P. CONTINUA	14:10	23:15	00:37	00:46	00:50	02:40	00:09	01:50
		CESAREA	SALA	1	RAQUI	09:40	10:20	11:20	11:30	11:30	15:40	00:10	04:10

Figura 09. Print de tela da planilha de trabalho. Em azul, colunas criadas no decorrer desta pesquisa. A coluna H foi preenchida durante a conferência da planilha com os formulários físicos constantes na Secretaria do C.O. As colunas da direita apresentam resultados de articulações das colunas anteriores, como tempo para saída de sala e tempo na sala de RPA – informações relevantes para entender o processo de “segurar” uma gestante na sala de parto ou na admissão, enquanto se aguarda leito vago na RPA.

The image shows two sheets of data tables. The top sheet is a grid with columns for patient names, room numbers, and dates. A large white rectangular box obscures the top portion of this grid. The bottom sheet is a similar grid with many rows of data, including names, room numbers, and dates, with a blue pen resting on it.

Figura 10. Registro do processo manual de conferência da planilha recebida com os dados impressos, com ocorrências de correções em uso de sala, número de sala e eventuais inconsistências ou lacunas sem preenchimento. Inserção, pelo autor, de figura branca para preservação da privacidade da paciente e profissionais.

Algumas das fontes de informação citadas acima alimentaram novos instrumentos para análise vistos mais à frente, ao falarmos sobre os resultados da pesquisa, como o gráfico de tempos de permanência em RPA e a linha do tempo da RPA conforme entrada e saída das gestantes em determinado dia.

Com o conjunto de dados apresentados até aqui, é possível seguir para a apresentação dos resultados e discussão (ou discussões).

3: RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seguir são apresentados os resultados decorrentes das entrevistas, observações e as posteriores etapas de análise, interpretação e discussões (incluindo as contribuições na etapa de Qualificação).

Este capítulo se inicia tendo, como primeiro conjunto de resultados, a denominada compreensão do cenário (item 3.1.). Uma vez que o contexto não é dado de antemão, antes do início da pesquisa, foi possível construir gradualmente uma composição que articulava o cenário macro da Saúde da Mulher, a filosofia incorporada pelo CAISM, o contexto da sua implantação e transformações. Esta compreensão foi construída durante a pesquisa, uma vez que a descoberta de autores e fontes é contínua (até o momento em que finalizo este texto). O item 3.2., é importante situar, trata da Construção da Demanda Ergonômica e surgiu no decorrer do trabalho de campo, uma vez que utilizou a etapa das entrevistas e das observações livres para formular a demanda que foi pesquisada na etapa seguinte, de observações sistemáticas – e é apresentado aqui também pela sua natureza de resultado de pesquisa. Em seguida, nos sub-itens 3.3.1. a 3.3.5. são descritos e interpretados os fenômenos espaciais que, embora imbricados na mesma realidade, são possíveis de descrição e interpretação caso a caso. Há um conjunto de fenômenos que são agrupados no item 3.3.6., por perfis relativamente distintos dos anteriores.

É necessário esclarecer que, pela própria natureza do tema, há fenômenos e situações que, ao apresentá-las como resultados, é imprescindível discutí-las, pois há uma imbricação entre o levantamento de dados, os relatos em campo, as categorias observáveis e o meu processo, como pesquisador (e orientando) de análise e interpretação; como enunciou Levy-Strauss (1975, *apud* Minayo, 2012, p.13). Acredito que esta apresentação de resultado-e-discussão seja pertinente e contribui para a compreensão de um objeto de pesquisa que se constrói no processo da pesquisa e na presença do pesquisador. Ainda assim, este capítulo se encerra com um tópico de discussão geral acerca do conjunto apresentado, no item 3.4.

3.1. A COMPREENSÃO DO CENÁRIO

Para a apresentação adequada dos resultados da pesquisa, é importante registrar o quadro conjuntural das dimensões políticas e sociais onde o CAISM se encontra; posteriormente, como se dá esta inserção da instituição neste cenário e como dialogam, dentro do contexto e em escalas menores, a tecnologia (desde sua implantação), a gestão e a filosofia de atendimento. Inicialmente destaca-se o contexto da assistência ao parto no Brasil, e posteriormente o papel do CAISM como ator relevante neste campo.

O cenário brasileiro que abrange o parto e suas relações com a saúde da mulher, com os campos da epidemiologia e saúde pública é caracterizado por notáveis diferenças de âmbito regional e sócio-econômico. A pesquisa Nascido no Brasil (realizada entre 2011 e 2012, com sua segunda etapa atualmente em andamento), considerada a maior referência nacional sobre o tema, registra, conforme Viellas *et al.* (2014, p.96-98) uma amplitude de cobertura praticamente universal, porém repleta de desafios devido a lacunas na adequação desta assistência. A autora relaciona, entre alguns exemplos, a insuficiência global em realização de exames de rotina e orientações sobre parto e aleitamento; menor acesso de pré-natal e acompanhamento para mulheres indígenas e pretas, de menor escolaridade, com maior número de gestações e residentes nas regiões Norte e Nordeste. Registrou-se alto número de mulheres sem acesso mesmo ao diagnóstico de gravidez, com menor cobertura pré natal e assistência com início tardio. Foram citados também as dificuldades nas gestações de adolescentes (com idades abaixo de 15 anos) e os casos de maior risco reprodutivo, como tendo consequências mais críticas devido a falta de assistência local adequada. Falhas estruturais se somam a estas: problemas de articulação na rede, entre os serviços de assistência pré-natal e o parto (onde a peregrinação da mulher em busca de maternidade pode incrementar o risco).

Neste tema, é interessante recorrer a modelos teóricos destinados ao estudo destes altos índices de desfechos maternos adversos (como nearmiss materno e óbito). Uma das referências teóricas que permitem compreender a natureza destas deficiências

é o modelo "Three delays", que, conforme Pacagnella (2011, p.20-21), identifica três categorias de ocorrências caracterizadas por demoras na assistência obstétrica: a demora (I) do indivíduo ou família em procurar cuidados; a demora (II) em alcançar uma unidade de cuidados da rede de saúde; e a demora (III) em receber os cuidados já no local de atendimento. Estas categorias, na prática e em situação, se inter-relacionam em uma combinação de influências – há determinantes culturais, psicossociais, geográficos e de infraestrutura, entre outros. Na tese de Santiago (2019, p.40) há correlações entre maior tempo de deslocamento e internação com óbito neonatal, atribuindo ao acesso geográfico à assistência como importante variável na qualificação desta. Com relação ao parto e temas relacionados a atenção em saúde, Christóforo (2015, p.101-111) registra grande inequidade entre a qualidade dos sistemas público e privado no atendimento, bem como significativas disparidades no perfil de atendimento e acesso à assistência entre as várias regiões do país.

O contexto brasileiro naturalmente exige estratégias que possam dar conta de caminhar rumo a modelos humanizados de assistência em um cenário complexo, vasto (em termos de território, população e diversidade de perfis demográficos) e que demanda recursos de toda ordem.

Conforme Christóforo (2015, p.47-56), na região de atendimento do CAISM, a chamada Região Metropolitana de Campinas, os indicadores de saúde são superiores a médias estaduais e nacionais. Contudo, registraram-se correlações entre as gestantes com baixo nível de renda e escolaridade com menor número de consultas pré-natais, e maiores índices de taxa de prematuridade, Taxa de Mortalidade Neonatal (TMN), Taxa de Mortalidade Neonatal Precoce (TMNP) e baixo peso ao nascer. Como conclusão, a autora em sua tese aponta para significativos impactos nos indicadores obstétricos nas populações mais vulneráveis, decorrentes de desigualdades socioeconômicas – entre estes, os impactos relacionados condições críticas no acesso a água, saneamento e higiene.

Como recorte neste tema, há que se destacar a profusão de elementos e influências que encontram-se distantes das atuais evidências científicas, com dificuldades de

diversas naturezas para a adesão as boas práticas de cuidado: o que se materializa, por exemplo, no excesso de intervenções habitualmente efetuadas durante o parto – assunto que é objeto de discussão e planos de ação de políticas públicas. Entre estas uma das mais conhecidas é a iniciativa denominada Rede Cegonha, instituída pelo Ministério da Saúde e operacionalizada em diversas instâncias do Sistema Único de Saúde (SUS) fundamentada em princípios de humanização da assistência em todas as etapas do parto: a ampliação do acesso e acolhimento a mulheres e recém-nascidos; a presença de acompanhante no parto; a vinculação da gestante a uma unidade de referência dentro do SUS; a incorporação de estratégias que assegurem o atendimento ágil e eficiente a possíveis intercorrências, entre outras diversas iniciativas relacionadas ao cuidado humanizado.

Além disso, é cenário de discussões e divergências que contrapõem visões de cunho humanista e visões de orientação instrumental e tecnológica – tendo nestes dois pólos diversas variações e matizes.

No documento “Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal” (Brasil, 2017, p.7-8), há uma contextualização acerca deste debate, que se manifesta nas relações e postura dos beneficiários de serviços de saúde, nas pesquisas (científicas, de cunho público ou privado) conduzidas no campo, ou mesmo no âmbito da opinião pública e mídias em geral. Como objetos de discussão, o questionamento a práticas institucionalizadas, de natureza técnica, face a uma retomada de elementos de humanização: possibilidades de assistência em ambientes não-hospitalares; redefinição de papéis profissionais na cena parto (com o fortalecimento das obstetras e enfermeiras obstétricas); fundamentação das reivindicações em evidências científicas atualizadas (o que coloca em xeque toda uma gama de procedimentos hospitalares invasivos ou desnecessários à maioria das situações); valorização do poder de escolha e protagonismo da mulher, incluindo o respeito a sua fisiologia, aos tempos do seu próprio corpo, à liberdade de escolha e mudança de posições, elementos de apoio, privacidade e ambiência adequada.

Como elemento importante a esta discussão, deve-se compreender (ou aproximar-se de) o conceito de humanização. É discutido por Diniz (2005, p.627-637) o caráter polissêmico do termo “humanizar”, relacionado nas últimas décadas a uma amplitude de definições. A autora registra um embate entre uma obstetrícia cirúrgica, masculina, que reivindicava sua superioridade sobre o trabalho feminino do parto (incluindo a assistência da parteira experiente, mas considerada “leiga” pela visão cientificista e instrumental). Parte desta visão incluía o apagamento da experiência, com o parto sob sedação total (técnica abandonada há algum tempo, devido a alta morbimortalidade materna). O viés de gênero deste campo considerava o corpo feminino como “normalmente patológico”, em esforços para justificar a assistência de cunho mais tecnológico e intervencionista do que propriamente humano e relacional. Este viés já estava presente na prática dos chamados conhecimentos autoritativos, através dos quais a assistência é constituída por decisões de orientação tecnocrática, definida pela autora como um modelo que se caracteriza pela primazia da tecnologia sobre as relações humanas, e por uma autoproclamada neutralidade de valores (como se esta não fosse uma opção orientada ideologicamente). O modelo de assistência que incluía o “processamento” da mulher em diversos estágios (pré parto, parto, pós parto), expandiu-se ao longo do século XX, em direção a uma visão de hospitalização predominante sobre o parto domiciliar ou em casas de parto.

A autora registra, como fundamento para as tendências contemporâneas de humanização do parto, um movimento internacional para priorizar a tecnologia apropriada, a qualidade da interação e o questionamento da tecnologia danosa. A partir de iniciativas institucionais e de movimentos organizados e ativistas, foram delineados alguns princípios relacionados a tecnologias apropriadas ao parto, entre as quais se registram: participação das mulheres na elaboração de programas, liberdade (direito de escolha) nas posições do parto, presença de acompanhantes, abolição de procedimentos como episiotomia, enemas, raspagens e amniotomia. Em paralelo e também em relação a estes movimentos, se disseminava o conceito de Medicina Baseada em Evidências (MBE), gerando forte questionamento a práticas tradicionais que não seriam as mais

adequadas em termos de efetividade e segurança, bem como a revelação de relações entre o poder econômico na definição de políticas públicas e financiamento de pesquisas na área.

Em meio às múltiplas dimensões que compõem este movimento, há contribuições e debates a respeito da humanização de hospitais (questões de ambiência, por exemplo), da assistência ao recém nascido, cuidados com os prematuros, abortamento, redefinição das relações humanas e mesmo dos direitos humanos. As diferentes composições dos grupos, reivindicações, fundamentos conceituais e práxis, desdobra-se em ampla variedade de conceitos e definições (polissemia) sobre o termo humanização.

Há uma corrente que relaciona a humanização com a legitimidade científica: o questionamento a práticas sustentadas por opinião e/ou tradição é feito através de esforços de pesquisa, como revisões sistemáticas. A questão do direito ao parto seguro, a assistência não violenta fundamentada nos direitos humanos norteia outra definição do termo, envolvendo as questões de integridade corporal, equidade, consideração da condição de pessoa e o necessário conhecimento e escolha dos procedimentos; foco na relação entre direitos sociais, reprodutivos e sexuais. Em paralelo, há movimentos que acrescentam a este a legitimidade da participação da parturiente nas decisões sobre sua saúde, o que inclui também aspectos relacionais e de comunicação (informação, presença de acompanhantes, doulas, comunicação empática). Uma distinta corrente relaciona a humanização ao âmbito da saúde pública, coletiva, e com isso a reivindicação a tecnologias que resultem em menor morbimortalidade materna e neonatal, com menor número de intervenções iatrogênicas e/ou invasivas. Há também a humanização definida por um redimensionamento de papéis e poderes no parto, onde a direção do processo e autonomia se deslocam do médico em direção à enfermeira obstetrix, do hospital ao centro de parto normal, entre outros componentes. Há definições relacionadas a legitimidade financeira, na argumentação de que a humanização não acarreta em aumento de custos. Uma última definição do texto refere-se ao alívio da dor, com inclusão no SUS dos chamados procedimentos humanitários – como por exemplo a viabilização da anestesia peridural. Há a enunciação de relações

entre tecnologia e política: os artefatos, procedimentos, protocolos e prescrições podem projetar e intensificar desigualdades e vícios nas relações de gênero, classe, raça, entre outras.

A implantação da humanização em termos práticos, via políticas públicas e iniciativas institucionais, é objeto de discussões e, naturalmente, entraves institucionais e esperada morosidade, dadas não só as questões territoriais (em extensão e diversidade), mas também as dificuldades em formatar e priorizar uma articulação calibrada entre estas diferentes concepções.

Um tópico ainda importante nesta discussão é a via de parto e a tomada de decisão pelo parto cesáreo, em detrimento do parto vaginal (ou natural). É observado por Nakano, Bonan e Teixeira (2015) uma denominada normalização da cesárea como modo de nascer. Embora seu estudo tenha focado maternidades privadas nos estados de São Paulo e Rio de Janeiro, há importantes elementos discursivos que nos permitem relacionar a um modo contemporâneo de viver, amplamente disseminado, onde há que se gerir a vida e as diversas demandas com o máximo de planejamento e previsibilidade: torna-se difícil o tempo livre, ou margem de manobra para eventos que durem dois ou três dias, como o parto natural. A falta (ou insuficiência) de uma rede de apoio (na família ou vizinhança), combinada à realidade das relações de trabalho predominante em nossa sociedade (menos empregos com vínculos empregatícios formais, e mais trabalhadores autônomos – e/ou precarizados), pode incorrer em discussões acerca dos prós e contras das duas vias de parto – o que pode colocar as visões de conveniência em curto prazo acima dos benefícios do parto natural. As autoras também relatam, como fatores para tomada da decisão, uma certa cultura em torno da cesárea, ou a construção, ao longo da gravidez, de um cenário de riscos onde o médico pondera e aconselha a cesárea. Há certa aceitação tácita da dor da cesariana como “uma dor normal” e o medo das dores do parto vaginal (tido como doloroso, lesivo, incontrollável). No grupo de mulheres entrevistadas, a maioria (73%) antes da gravidez já tinha a decisão pelo parto cesáreo, considerado moderno, seguro e “normal”, sendo o parto vaginal uma

ocorrência excepcional, para o qual se deveriam pensar questões físicas e psicológicas da parturiente (tolerância a dor, força física, tamanho do quadril).

Como uma das conclusões do estudo, há a distância entre as opiniões das entrevistadas (baseadas em inferências pessoais, opiniões de familiares e dos médicos com os quais dialogaram) e as práticas da medicina baseada em evidências (MBE) e das atualidades em saúde pública. Através do já dito planejamento minucioso de gestão da casa, do tempo de trabalho e compromissos domésticos, a decisão pela cesariana é vista como prática gestonária eficiente sob um ponto de vista “contemporâneo”.

Ressalta-se assim como o viés cultural é relevante e, com sua natural disseminação e atravessamento na sociedade, coloca-se como um dos grandes desafios rumo a uma dimensão humanizada de assistência ao parto.

Como se insere o CAISM neste cenário? É necessário retomar o contexto que deu origem ao conceito de atenção integral a saúde da mulher no Brasil. A UNICAMP teve papel fundamental, por meio de iniciativas ligadas ao curso de medicina desde o final da década de 1960, quando é estruturado o Departamento de Tocoginecologia da UNICAMP, tendo em seu corpo docente os professores Bussâmara Neme, Eduardo Lane, Jessé de Paula Neves Jorge e José Aristodemo Pinotti³. Em 1966 começa o curso de Ginecologia para a primeira turma de Medicina da FCM, na Santa Casa de Misericórdia de Campinas, trazendo já uma nova visão relacionada à saúde da mulher, com foco em um atendimento integral, dotado de elementos de humanização e prevenção – ainda na década de 1960 registram-se iniciativas de atendimento à comunidade nos bairros, como o Programa do Jardim dos Oliveiras, relacionadas a controle do câncer de mama e ginecológico (conforme depoimento da Dra. Kazue Panetta, também médica atuante na época e posteriormente docente na FCM).

Osis (1994, p.144) refere-se ao grupo da UNICAMP como pioneiro ao conceber o conceito da Assistência Integral à Saúde da Mulher (AISM), onde o termo “integral” se

³ José Aristodemo Pinotti se tornaria, posteriormente, Diretor da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP em 1970-1971 e 1976-1980; Diretor Executivo do CAISM (1985-1986) e Reitor da UNICAMP (1982-1986).

refere a, para além da consideração dos úteros gravídicos, ao tratamento do corpo das mulheres de forma integrada, global, considerando (com a contribuição de movimentos posteriores) as dimensões culturais e psicossociais no atendimento. O conceito de AISM disseminou-se no Brasil e hoje, por meio de numerosas iniciativas no Sistema Único de Saúde, nas instituições de ensino, nos órgãos de saúde municipais, estaduais e federais e em organizações independentes, há na sociedade uma aceitação natural da saúde da mulher como uma integração de elementos que não se apresentam isolados. E, se já nas décadas de 1970 e 1980 se chamava a atenção para tópicos como a nutrição, os exames periódicos, a prevenção, hoje o debate público acrescenta outras questões que, cultural e historicamente, além das já citadas anteriormente, tanto influíram na saúde da mulher: a dupla jornada de trabalho, o trabalho de cuidados, a desigualdade de oportunidades profissionais, a consequente sobrecarga de trabalho físico e mental que atravessa noites e finais de semana, e a interseccionalidade com outros fatores, como raça, orientação sexual e religião, por exemplo.

A partir da década de 1970, com a criação do Ambulatório Experimental de Tocoginecologia Preventiva, há um movimento no sentido de ofertar um conjunto integrado de programas de prevenção. No âmbito nacional, as discussões e iniciativas relacionadas ao tema dão origem a um grupo de trabalho, criado pelo Ministério da Saúde, para o desenvolvimento de ações e que, a partir de meados da década de 1980, dá origem ao PAISM, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher.

Da criação do PAISM até os dias atuais, em temas como a epidemia de cesáreas, os protocolos de assistência ao pré-natal, à gestação de alto risco, contribuições a políticas internacionais de assistência obstétrica, redução de mortalidade materna, morbidade materna, a importância da presença de acompanhantes, a redução dos níveis de intervenção no trabalho de parto, os quartos PPP, entre tantas outras iniciativas (Pacagnella, 2018) é possível compreender um pouco da missão em que os profissionais da instituição estão inseridos.

Assim, é importante considerar o CAISM como uma instituição que nasceu e se desenvolveu em consonância com uma filosofia. Esta filosofia baseia-se em princípios

de cidadania, de direitos humanos, de saúde pública e que se materializam dia a dia na ação de seus profissionais e estudantes. O CAISM não é um hospital, nem um hospital-escola, mas uma instituição de assistência, ensino e pesquisa com uma filosofia e uma missão pública.

Nesta articulação entre o ensino, a pesquisa, a assistência e as relações (implantação, avaliação, práticas) com as políticas públicas concede ao CAISM um caráter de grande relevância na produção de conhecimento para além da academia, alcançando importante credibilidade social no campo da saúde pública.

Com a contextualização do tema e da filosofia do CAISM, é necessário compreender os aspectos físicos da instituição como produtos de determinado contexto histórico, político e econômico. A materialização do CAISM no campus Barão Geraldo apresenta pontos importantes para reflexão e análise.

Durante a década de 1980, como observam Alcoba (2008, p. 127-128) e Garboggini (p. 145-147), o contexto de agilidade necessário à ocupação do campus, em um cenário de crise econômica e contenção de verbas (inclusive comprometendo o funcionamento da própria Unicamp) requereu solução que atendesse prioritariamente a fatores orçamentários e de velocidade construtiva. A fundamentação deste conceito está nas palavras do próprio reitor, à época do maior volume de prédios implantados, conforme a fala que se segue.

O Caism foi construído durante minha gestão como reitor da Universidade Estadual de Campinas. A Faculdade de Engenharia de Limeira fez o projeto das edificações, e a administração interna da Universidade tocou a obra. Nossos gastos foram muito pequenos, o Caism teve uma construção barata, um grande aproveitamento de área e primou também pelo tempo de construção. Essa obra ficou pronta em dois anos. Um leito no Caism custou 15% do que pagamos por um leito no Hospital das Clínicas. (José Aristodemo Pinotti, 2002) ⁴

⁴ Este texto faz parte do depoimento do Prof. José Aristodemo Pinotti em publicação eletrônica sobre a história do CAISM. ROSA, C. **Caism: a história de sua implantação**. Campinas: 2002. Publicação eletrônica. Disponível em: <https://www.caism.unicamp.br/PDF/livro-CAISM.pdf>. Acesso em: 27/09/2021.

A solução encontrada foi a construção seriada de edifícios em alvenaria estrutural, tendo de um a três andares, com fachadas padronizadas, e que marcam hoje a paisagem do campus de Barão Geraldo. Há mais de setenta prédios com estas características em diferentes locais da Cidade Universitária., sendo boa parte destes construída na gestão de José Aristodemo Pinotti (1982 -1986), tornando estes prédios como uma das marcas visíveis e características desta fase.

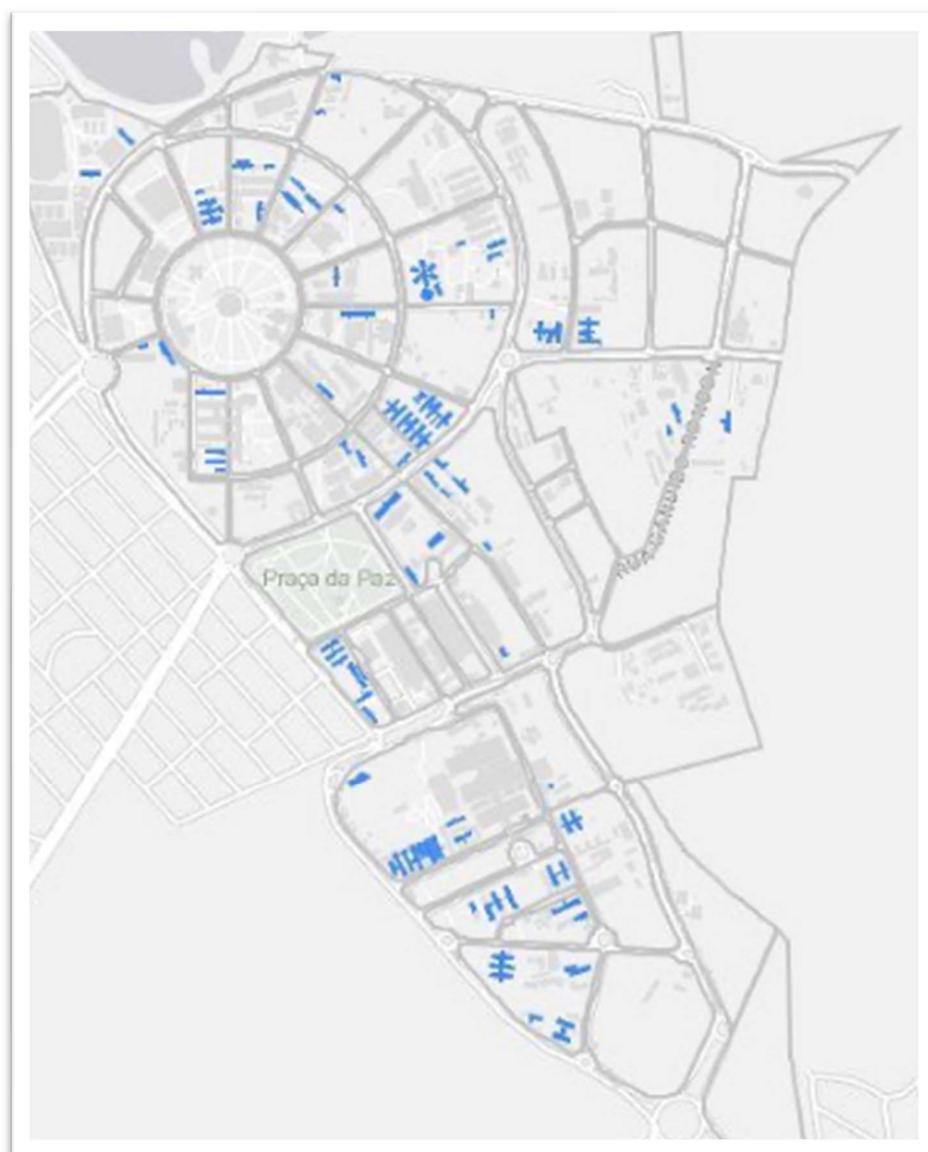


Figura 11: Implantação dos edifícios padrão no Campus Zeferino Vaz. UNICAMP/DEPI, 2021.

Por outro lado, a padronização e a escolha de determinados materiais e tecnologias construtivas trouxe pontos negativos apontados pelos usuários destes edifícios ao longo do tempo. Como registrou Garboggini (2012, p. 128), diversos edifícios apresentavam ventilação natural inadequada, foram projetados sem levar em conta questões de acessibilidade (não havia normativa na época para a obrigatoriedade desta em projetos arquitetônicos⁵) e, considerando seu uso em ambiente institucional, não permitia a versatilidade necessária em termos de alterações de layout, intervenções internas e aberturas nas paredes de alvenaria estrutural.

O CAISM compõe-se de sete edifícios com estas características, tendo ao longo dos anos um histórico de adaptações que, com as limitações do padrão construtivo, demandaram certamente maiores períodos de estudo, projeto e obras, custos financeiros e humanos, perda de oportunidades e demais dificuldades relacionadas.

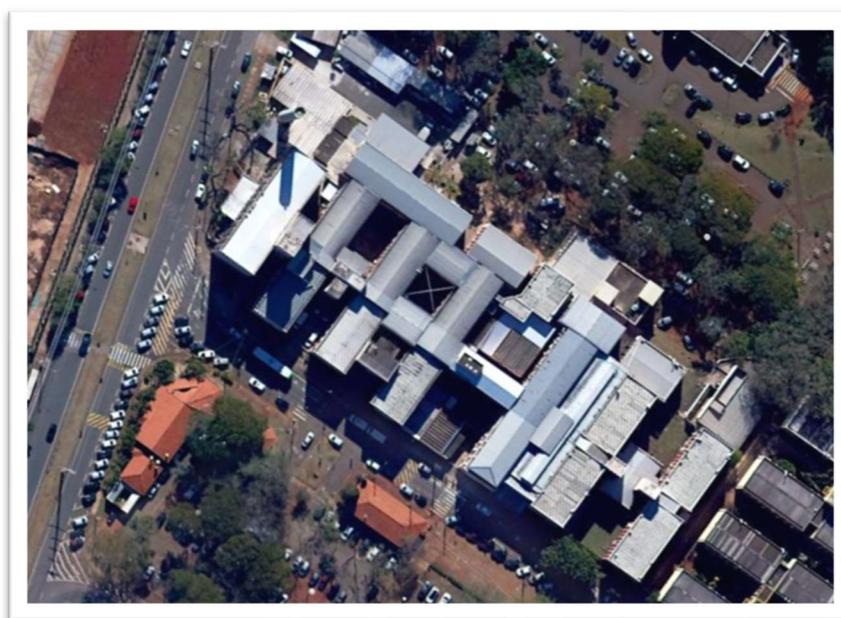


Figura 12: Vista aérea do conjunto do CAISM. Fonte: Google Earth, 2023.

⁵ Um marco importante no Brasil para a promoção da acessibilidade foi a Constituição de 1988. <https://www12.senado.leg.br/publicacoes/estudos-legislativos/tipos-de-estudos/outras-publicacoes/volume-v-constituicao-de-1988-o-brasil-20-anos-depois.-os-cidadaos-na-carta-cidada/idoso-pessoa-com-deficiencia-crianca-e-adolescente-a-protecao-das-pessoas-com-deficiencia-na-cf-de-88-a-necessaria-implementacao-dos-principios-constitucionais> Acesso em 01/08/2023.



Figura 13: CAISM – conjunto dos prédios visto da rua. Fonte: Google Earth, 2023.



Figura 14: CAISM – recepção principal. Fonte: Google Earth, 2023.

Parte deste histórico é relacionado a seguir, com foco nas modificações relacionadas à área de obstetrícia: a partir da inauguração em 1986, com os edifícios originais, a primeira grande reforma direcionou-se a novas alas para a UTI Neonatal em 1996. Em Março de 2002 foi anunciado o Plano de Modernização do CAISM, que incluía, entre outros itens, a construção de um novo prédio e a reforma do Centro Cirúrgico. No segundo semestre de 2004 é concluída a interligação entre os blocos, concedendo ao conjunto uma nova dinâmica de fluxos internos e setorização (o que era dificultado pelo isolamento entre os prédios). Ainda neste ano deu-se início aos projetos de modernização do Centro Cirúrgico e Centro Obstétrico, já considerando conceitos adicionais de humanização.

Em 2006, o Planes CAISM (Planejamento Estratégico) contemplou a transformação de diversas áreas: atendimento ambulatorial, serviços de apoio e também as etapas para conclusão das obras do Centro Cirúrgico (CC) e Centro Obstétrico (CO): neste momento foram concluídas as lajes de piso e de cobertura que interliga os blocos A e B. Em seguida, o ano de 2007 assiste a um grande número de mudanças também na área física, nas áreas de Administração (Finanças, Compras, Recursos Humanos, SAME), local para descanso dos profissionais do hospital, laboratório da Neonatologia, Ambulatório de Quimioterapia e Ambulatório de Mama.

No período de 2008 a 2009 é inaugurado o primeiro quarto PPP, bem como nova área do Centro Obstétrico. Os quartos PPP (Pré-parto, Parto e Puerpério) são uma prescrição para a ambiência em locais de parto, materializada em espaço, artefatos e recursos que possibilitem exercer uma assistência humanizada e que permitam o protagonismo da mulher neste momento. Conceitos de humanização no atendimento também estiveram presentes na reforma da Enfermaria de Alojamento Conjunto, no Banco de Leite Humano e na criação do CARE – Centro de Alta Resolutividade em Especialidade (oncologia mamária), situado no térreo e dispendo de consultórios médicos, sala de exame ultrassonográfico e área para discussão de caso.

Em 2012 foram concluídas integralmente as novas instalações do Bloco Operatório, envolvendo o Centro Cirúrgico, o Centro Obstétrico e áreas de serviços relacionadas, em um total de 1100m², criando condições para a realização no mesmo local de procedimentos cirurgicos e anestésicos nas areas e neonatologia, obstetricia, ginecologia e oncologia ginecológica e mamária. Estas últimas obras são, em sua maior parte, a definição do estado e distribuição atuais do prédio. A planta do Bloco Operatório encontra-se no Anexo I deste texto.

Já nos tempos atuais, após as adaptações ocorridas desde o início da pandemia COVID 19, em 2022 a instituição defronta-se com a diminuição de atendimentos a gestações de baixo risco (direcionadas pelo órgão de regulação regional a outras instituições) e o conseqüente aumento no volume de gestações de alto risco ou situações especializadas, desdobrando aqui um cenário cotidiano de desafios diversos, entre eles

a demanda por serviços especializados, como partos por cesárea, intervenções cirúrgicas, acompanhamento a recém nascidos prematuros, casos gemelares, entre outros.

As questões que envolvem o conceito do parto humanizado, filosofia do CAISM e característica de seu corpo clínico ao longo dos anos, atualmente tem forte campo de discussão na constituição de uma Comissão Permanente de Acompanhamento das Taxas de Cesárea (CPATC, desde 2021; a partir de outubro de 2023, renomeada como QUALIPARTO). Surgiram aqui diversas estratégias, construídas coletivamente por uma equipe multidisciplinar do hospital, buscando conceder à parturiente condições de conhecimento, segurança e apoio à decisão de preferência ao parto vaginal. As ações traçadas trazem potencial para modificações importantes na forma e organização do trabalho: o envolvimento das equipes no atendimento pré-natal, a realização de visitas guiadas das futuras mães para conhecimento do Centro Obstétrico; sua familiarização com o uso da bola, corda, banqueta e técnicas não farmacológicas para alívio da dor; o atendimento para a elaboração de Plano de Parto, atividades de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, por exemplo.

Durante o ano de 2022 houve ainda parte do espaço físico reduzido, devido à ocorrência de reformas na estrutura da Neonatologia, o que trouxe ao Centro Obstétrico a necessidade de ceder espaços para o atendimento a recém-nascidos, mudando o perfil de uso de áreas e equipamentos. A combinação de dinamismo funcional, evolução tecnológica, alterações normativas e contingências funcionais diversas caracterizam os edifícios hospitalares como organismos vivos e em constante transformação.

Tendo enunciado as características do contexto e da instituição, deve-se retomar a aderência destes à proposta desta pesquisa. À luz de uma construção interdisciplinar com foco na relação entre o ambiente construído e a atividade de trabalho: no dia a dia, como ocorrem as tomadas de decisão? Há dificuldades percebidas em equipamentos, espaços ou postos de trabalho? Aqueles que desenvolvem o trabalho situado têm sugestões espaciais ou operacionais ainda não expressadas? Como são percebidos o trabalho realizado, seus determinantes e riscos? Em que medida a constituição do

espaço e seus artefatos relaciona-se ao desempenho do trabalho ali? Os profissionais do local, no desempenho de suas atividades, recorrem a estratégias e regulações para compensar as inadequações do espaço? Como constatar e compreender estes processos?

Para iniciar a abordagem às questões acima, é necessário retomarmos o processo de construção da demanda ergonômica, fruto da análise das entrevistas iniciais desta pesquisa e das observações livres da atividade.

3.2. A CONSTRUÇÃO DA DEMANDA ERGONÔMICA

A análise das questões emergentes nas entrevistas e observações livres permitiu formular um quadro geral de constatações do trabalho no Centro Obstétrico, de forma a organizar elementos e buscar caracterizar a demanda ergonômica para análise. Tratando-se de um processo que utiliza a compreensão do trabalho para entender o uso do espaço (bem como sua influência), este quadro é composto por fatores que se relacionam ao uso do espaço e, para isso, buscam motivos ou condicionantes em níveis macro para sua compreensão.

O quadro 01 abaixo relaciona a categorização formulada nas entrevistas e descrita no capítulo anterior.

CATEGORIA	RECORTE / Descrição sucinta (entrevistados – E01-E02-E03-E04-E05-E06)
USO DO ESPAÇO	INSUFICIÊNCIA DAS SALAS DE R.P.A. / Há 3 Salas de Parto e apenas 2 leitos em RPA. Pode haver, caso lotada, recuperação na própria SDP. Se houver necessidade de cirurgia de urgência, será enviada ao Centro Cirúrgico. Cria dificuldades logísticas e maior carga de trabalho. (E02, E06)
USO DO ESPAÇO	AR CONDICIONADO NAS SDP / Nas SDP1 e 2 o ar condicionado, necessário às equipes que trabalham no parto, estão posicionados na direção da mãe, o que abrevia o tempo de contato pele a pele. Por outro lado, desligando o ar, há situação crítica de calor aos profissionais paramentados na sala. (E06)
USO DO ESPAÇO	FUNÇÕES DAS SDP E PPP / Com o perfil da maior complexidade / alto risco, há maior necessidade de equipamentos, especialidades, apoio, recuperação. Quartos PPP são subutilizados e há quartos emprestados a outras áreas. (E03, E04, E06)
USO DO ESPAÇO	LOGÍSTICA DOS ESPAÇOS / Em casos de gestantes hipertensas que precisam de sulfatação (endovenosa e com bomba de infusão) e monitoração frequente, se recorre ao PPP, devido a falta de quarto UVI. Pode-se até recorrer a UTI para não bloquear um PPP. Já se recorreu a PATOB para acomodar caso. (E02)
USO DO ESPAÇO	VESTIÁRIO DE BARREIRA / Profissionais de fora do C.O./C.C. utilizam este vestiário, que deveria ser só para pessoal interno. (E05)

USO DO ESPAÇO	PRÉ-PARTO / Ambiente monótono pode gerar na gestante desconforto e tendência a desistir do parto natural, optando pela cesárea. Maior carga de trabalho para gerir a espera e efeito cascata na ocupação de Salas de Parto e R.P.A. (E01, E06)
USO DO ESPAÇO	DESCANSO PARA ENFERMAGEM / Área é distante, e o descanso de 1h a partir da quarta hora pode não ocorrer adequadamente devido a demandas e imprevisibilidades. Seria interessante área de descompressão (15") (E05)
USO DO ESPAÇO	CIRCULAÇÃO / O deslocamento do RN para internação requer hoje maior trânsito com incubadora, inclusive para abrir portas. Requer 2 a 3 profissionais. (E03)
USO DO ESPAÇO	PRIVACIDADE E PROTEÇÃO DA PACIENTE / Casos de óbito fetal: enfermagem se mobiliza para dar à mãe maior privacidade (gerindo uso dos quartos), tentando distancia de choro, berço vazio no quarto, cardiotoço, etc. (E06)
USO DO ESPAÇO	NEONATOLOGIA / A área de alojamento para as mães, durante as semanas em que o bebê deve ganhar peso, não apresenta ainda condições satisfatórias, em termos de mobiliário e ambiência. Gera maior necessidade de gestão e apoio da enfermagem. Inclusive impede a alta mais rápida. (E03)
USO DO ESPAÇO	DEFINIÇÃO DAS SALAS / Enfermeira no plantão avalia e direciona cada demanda (parto) para SDP. Normalmente equipe médica lhe pergunta qual. Há fatores que influem, como precaução de contato (vai para SDP3) e preferencias do pessoal de Anestesia pelas SDP 1 e 2. (E06)
USO DO ESPAÇO	FALTA DE FLEXIBILIDADE EM LAYOUT / Há limitações construtivas em parte dos predios, pois são de alvenaria estrutural (anos 80), impedindo a demolição de algumas paredes, o que inviabiliza determinadas alterações arquitetônicas. (E04)
COMPLEXIDADE DAS DEMANDAS	NEONATOLOGIA / Demandas atuais (direcionadas pela CROSS) desdobram-se em maior numero de prematuros, gêmeos, más formações do feto, requerendo maior numero de profissionais, procedimentos e equipes multidisciplinares. Mais uso do espaço na NEO, berços, incubadoras. (E03)
COMPLEXIDADE DAS DEMANDAS	EQUIPES DE TRABALHO / Com a alta complexidade, há mais proporção de casos (tanto RN quanto gestantes) que requerem atendimento multidisciplinar: cirurgia cardiologica, neurologica, pediatria, odontologia, fisioterapia, nutricionista. Resulta maior número de residentes. Pode resultar maior tempo de internação. (E01, E04, E06)
COMPLEXIDADE DAS DEMANDAS	RESIDENTES / Do ponto de vista do ensino, não deve haver apenas casos de alta complexidade. Há certa estratégia de manter alguns casos de baixa complexidade para o ensino nestas condições também. (E04)
TECNOLOGIA	CAMPAINHAS / Reinvidicação da Enfermagem sobre a necessidade de campanhas mais funcionais para que o paciente chame. (E05)
TECNOLOGIA	ANESTESIA / Seria desejável a possibilidade nos quartos PPP de infra estrutura completa para anestesia e reanimação. (E02)
ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO	EQUIPE MÉDICA / Equipe médica por vezes tem que atender demandas não médicas: por ex. organizar a transferencia de paciente RN para sua cidade de origem. O fato de ser referencia regional leva o CAISM a receber casos de diversas cidades. Outro caso é assumir um trabalho de logística, de estratégia para gerir os fluxos, de negociação de espaço, por ex., com enfermaria PATOB, para ocupação de leito em casos onde seja possível e não haja riscos relacionados. (Por exemplo, transferir indução em andamento para enfermaria – o que também sobrecarrega trabalho da enfermagem) (E01, E02, E03)
ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO	FISIOTERAPIA / Hoje só há disponibilidade no período da manhã (estudantes UNICAMP). É positivo para pacientes em indução neste período, mas para aquelas que chegam à tarde não há fisio. (E01)
ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO	ENFERMAGEM / Há um fator de realização em iniciativas espontaneas de cuidado, por exemplo: na execução do Carimbo da Placenta / Arvore da Vida para a mãe que acabou de ter o bebê... ou em mensagem relacionada ao desfecho de óbito fetal. Profissionais agem de forma coletiva e auto-organizada para viabilizar. (E06)
ENSINO E PESQUISA	RESIDENTES E INTERNOS / Necessidade da equipe médica ter atenção focada também nas possibilidades de erro dos residentes e internos: falhas na comunicação com pacientes, condução de casos, possibilidades de acidentes, etc. Maior carga de

	trabalho para docentes. Há casos que podem resultar em insatisfações (até chamadas à ouvidoria), bem como riscos à segurança do paciente. Há intenção de montar programação de simulação para treinamentos pontuais. (E01)
ENSINO E PESQUISA	ENFERMAGEM / Contribuição das profissionais como PAEPE, profissional de assistência ao ensino e pesquisa. Parte do trabalho relacionado a atender demandas de pesquisa (explicações, amostras) (E05, E06)
ENSINO E PESQUISA	IMPACTOS REFERENTES A AGLOMERAÇÕES / Quando em grupo, há potencial para maior geração de ruído, fluxo, interferência no sono dos bebês, etc., embora haja a necessidade de determinadas formas de comunicação para as atividades de ensino (E03, E06)

Quadro 1 – categorização do conteúdo das entrevistas iniciais. Fonte: autor.

Com a categorização acima, não se pode perder de vista o caráter de interrelação entre os elementos relatados, as falas das pessoas entrevistadas e o quanto estas se referem a uma realidade onde tais elementos não se separam: a questão tecnológica da disponibilidade de anestesia pode, por exemplo, resolver os entraves relacionados a definição dos locais de parto (PPP e SDP), diminuindo fatores críticos de tomada de decisão e de uso de pessoal na gestão, uso e manutenção das salas.

Além disso, em etapa posterior às entrevistas foi possível, durante as observações livres da atividade, recolher mais dados e elementos com relação direta ou indireta às situações descritas.

Desta forma, o texto a seguir objetivou costurar estes elementos, organizar as inferências acerca de como se relacionam e permitir um olhar abrangente sobre estes fenômenos – sendo apropriado então iniciar este raciocínio a partir das demandas de complexidade e alto risco dos casos atuais na instituição.

Após o direcionamento do CAISM como referenciado para atendimento a demandas especializadas ou de alta complexidade, passou-se a receber pacientes já direcionadas previamente pelo sistema de saúde, em âmbito regional. Com isso, apesar de menor volume de atendimentos, têm se apresentado maior proporção de casos complexos ou de alto risco, como prematuros, más formações de feto, gestações gemelares, além dos diversos cenários de mães com problemas de saúde que possam apresentar riscos de mortalidade materna ou óbito fetal. Este cenário demanda um maior número de profissionais e equipes multidisciplinares, como cirurgia cardiológica,

neurológica, pediátrica, fisioterapia, nutricionista, odontologia; há possibilidades de partos mais complexos necessitarem realização no Centro Cirúrgico (que funciona ao lado do Centro Obstétrico); e, naturalmente, há maior uso de pessoal, recursos como equipamentos (berços aquecidos, carrinho anestésico) e procedimentos especiais (por exemplo em caso de doenças contagiosas pelo ar, há protocolos de retirada de materiais da sala de parto – o que exige tempo e mais profissionais de enfermagem). Durante o período de observações foi possível tomar conhecimento de um caso atual com má formação fetal onde, preparando-se com algumas semanas de antecedência a criticidade do parto, a equipe médica discutia previamente a formação da equipe que daria a assistência ao parto, a ocorrer no Centro Cirúrgico: seria necessário o entubamento do feto antes do corte do cordão umbilical. Prevista a presença de otorrinolaringologista, bem como todos os materiais específicos para entubar.

Mas não há exclusividade de casos de alto risco. Foi informado que, eventualmente, se pode manter alguma aceitação a serviços de baixa complexidade, pois são importantes para a formação dos residentes (evitando que sejam apresentados apenas a casos críticos).

O papel de instituição atuante em Ensino e Pesquisa, vinculada à UNICAMP, complexifica todas as atividades de assistência, tendo, por um lado, um sentimento de reconhecimento de competência e realização por parte de profissionais da área médica ou enfermagem ouvidos aqui: a atuação em pesquisas que contribuem ao conhecimento em saúde pública é fator positivo percebido pelos profissionais. Este perfil também é fator importante como elemento chave para análise.

No dia-a-dia do Centro Obstétrico, esta vocação se materializa em:

- aumento do número de integrantes das equipes: a equipe médica tem, para cada especialidade e em cada turno, um médico (e docente) responsável com uma equipe de até seis internos e residentes do curso de Medicina. Com isto, há naturalmente um incremento das interações entre estas pessoas, e entre estas e as equipes da enfermagem, administrativas, público, entre outros. Em termos espaciais, há momentos de

aglomeração e dificuldades na circulação, incremento aos níveis de ruído no local, demandas adicionais de organização e limpeza e a supervisão necessária e atenta dos docentes para os estudantes de Medicina no local. Há também a presença de estudantes de outros cursos de graduação, como Enfermagem, e em nível de colégio técnico (COTUCA – Colégio Técnico de Campinas, através de seu Curso Técnico em Enfermagem). É inegável a relevância do papel formador destas práticas e sua importância na qualidade da formação de novos profissionais, sendo os impactos decorrentes destas situações, efeitos colaterais que devem ser cuidadosamente analisados. A conciliação deste perfil formador do CAISM com os impactos decorrentes deste próprio perfil é desafio que tem sido discutido pelo pessoal interno e faz parte desta análise.

- o perfil de instituição com a missão de pesquisa é fortemente incorporado pelas profissionais do local, e materializado nas frequentes atividades de direcionamento de materiais e amostras para exames (tecido placentário, líquido amniótico, sangue de cordão umbilical e sangue materno), presença de pesquisadores, diálogo com pacientes e acompanhantes em eventuais aplicações de pesquisa, da explicação de objetivos de pesquisa até a aplicação de Termos de Consentimento específicos.

Outro ponto importante a considerar, e que representa concretamente o conceito de atividade, são as demandas de trabalho relacionadas a tarefas operacionais ou administrativas que se acumulam sobre as equipes profissionais. A depender do setor, há o atendimento a demandas não-médicas que devem ser realizadas por profissional da equipe médica. Como exemplo, foi citada situação comum no setor de Neonatologia: casos habituais de transferência de bebês, já em condição de serem atendidos em sua cidade de origem. Para efetuar uma transferência, quem deve se mobilizar, procurar o hospital e o telefone, fazer a ligação, explicar o caso e a necessidade da transferência, obter o retorno no mesmo momento ou ter de aguardar o retorno, é o médico responsável pelo caso – processo que absorve tempo de trabalho da equipe médica e consome tempo necessário a tarefas clínicas e de assistência, o que pode desdobrar-se

em sobrecarga de trabalho e riscos à segurança do paciente. Foi citada também a negociação e gestão de espaços: casos onde o Centro Obstétrico não dispõe de quarto adequado para uma sulfatação ou monitoramento, e é necessário solicitar à Enfermaria de Patologia Obstétrica (PATOB) ou à UTI um leito; ou ainda a realização de um procedimento no Centro Cirúrgico: são situações que demandam da/do obstetra responsável pelo turno uma série de procedimentos de antecipação logística, gestão, comunicação e negociação – e a depender da decisão, acarreta na geração de carga de trabalho adicional à enfermagem na mobilização de uma transferência, por exemplo.

Há interações com estudantes de Fisioterapia da UNICAMP, vistas como positivas para as gestantes em período de indução nas áreas de pré-parto do C.O. Porém a oferta do atendimento em Fisioterapia só ocorre durante o período da manhã, ou seja, gestantes que chegam à tarde infelizmente ainda não recebem este benefício. O motivo é a organização dos horários de estágio – ponto que poderia mudar, conforme observações em entrevista.

Pela parte da Enfermagem, há iniciativas espontâneas, praticadas por meio de auto-organização do grupo: uma delas é a execução da *Árvore da Vida*, um trabalho artístico, feito de forma voluntária e auto-organizada pelas profissionais da Enfermagem, direcionado à mãe que teve o bebê no CAISM: em uma folha A3 é feita uma imagem (carimbo) dada pelo contato da placenta com o papel, decorada e pintada, contendo também informações do bebê, como nome, peso, além dos nomes da equipe que trabalhou no parto. Foi relatada como positiva, tanto para a mãe que recebe o presente, como pela equipe que se organiza para conseguir alguns minutos em meio ao trabalho normal e participar da elaboração da obra. Outra iniciativa é o conjunto de procedimentos para caso de Óbito Fetal: considerando a situação de abalo e vulnerabilidade psicológica da paciente que perdeu seu bebê, a equipe age rapidamente, levando-a ao quarto com maior privacidade (longe do choro dos outros bebês), retirando o monitor e o cardiotocógrafo do local (evitando que a mãe se depare mais uma vez com o som de alerta do aparelho), além da elaboração de uma “caixinha da saudade”, uma

lembrança que tem a intenção de trazer alguns elementos de consolo à paciente. Estas iniciativas são uma amostra do envolvimento e da inventividade das profissionais do local, e ocorrem naturalmente com demandas adicionais de tempo e espaço: buscando alguns minutos nos intervalos entre os trabalhos de assistência, e adaptando espaço e instalações para a guarda de materiais, o trabalho de desenho da Árvore da vida (mesa, assentos – foram providenciados inclusive um POP – Procedimento Operacional Padrão e uma pasta de modelos de desenhos). Esta iniciativa apresenta um potencial interessante para a discussão sobre o uso do corpo-si em iniciativas que não eram prescritas pela organização, mas criadas pelas profissionais do local, que ao empreender esforços na viabilização e prática frequente, demonstram a inscrição destas ações em um contexto cultural atual da instituição e demonstram uma renormatização, concretizada na execução destas iniciativas, intrinsecamente ligada a missão do ofício de enfermeira em um centro obstétrico: o trabalho do cuidado não apenas protocolar, mas humano e cidadão na relação com o outro, no exercício de um vínculo de afeto e proteção psicológica.

Têm-se então, as questões de natureza espacial. O desempenho das salas e sua organização é afetada por um conjunto complexo de fatores, mas com certo padrão de repetição: o número insuficiente de salas (Quartos PPP, Salas de Parto e área de Recuperação Pós Anestésica – RPA) exigem das equipes do local uma constante vigilância, acompanhamento atualizado da ocupação e das condições de cada sala para receber novas demandas, bem como tempos reduzidos de intervalo para reorganização, higienização e outros serviços. Esta categoria também teve contribuições na etapa de observação sistemática e será detalhada posteriormente.

Os elementos identificados acima relacionam-se de diferentes formas e proporções a todas as categorias profissionais que atuam no Centro Obstétrico – dos docentes do curso de medicina aos profissionais de apoio administrativo, toda atividade – falando agora especificamente do nosso local de análise - constitui-se na prática do “viver junto” Dejouriano, um cotidiano de interações coletivas intensificadas pelo grau

de urgência de um parto, uma intercorrência, um conflito no atendimento ao público, entre tantas outras ocorrências inéditas (“encontros de encontros”, na definição de Yves Schwartz – o conceito de um encontro de circunstâncias, pessoas e histórias que nunca aconteceu antes).

Mas os elementos emergentes apontaram para uma categoria profissional que está envolvida de forma fundamental nas respostas a estas situações de trabalho: a Enfermagem, e em especial o papel da Enfermeira responsável pelo turno: sua atividade é o ponto nevrálgico do C.O., reúne o maior número de interações com os diferentes grupos, requer uma percepção minuciosa e ágil da realidade do local, e com isso a carga de responsabilidade por decisões e respostas a situações que vão da escolha de salas onde devem ocorrer os procedimentos até o gerenciamento da relação com pacientes e acompanhantes. No decorrer das etapas anteriores, o que balizou e fundamentou a construção da demanda ergonômica foi a observação deste cenário, que evidenciou a Enfermagem como promissora em situações de análise.

3.3. FENÔMENOS ESPACIAIS CONSTATADOS

O volume de registros, depoimentos, dados obtidos e as observações no local constituíram uma massa robusta e, relativamente coerente para permitir a formulação e interpretação de determinados fenômenos espaciais. A utilização do termo “espaciais” é aqui aplicada como forma de apontar para o objetivo da pesquisa – a relação com o ambiente construído. Mas o trabalho em campo não apresenta delimitações: a gama de insights e situações percebidas pode ser enfocada à luz de diversos outros campos do conhecimento em ciências humanas e sociais. Esta dinâmica interdisciplinar corrobora com o escopo desta pesquisa e do próprio programa ICHSA da FCA-UNICAMP: é possível utilizar abordagens destes campos para colocar luz sobre questões espaciais, arquitetônicas e construtivas.

Os fenômenos listados a seguir são aqueles que reúnem aspectos satisfatórios de evidências, seja através de um número mínimo de relatos coerentes, de observações no local, ou com a constatação de um encadeamento lógico entre elementos. Além destes, uma série de outros insights se apresentou, mas que não contaram com os requisitos acima, ou aqueles que tendo relevância e potencial de análise, estavam fundamentados fora do Centro Obstétrico (por exemplo, presentes nos relatos relacionados ao Centro Cirúrgico ou à Neonatologia).

3.3.1. SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA (RPA) – INSUFICIÊNCIA DE LEITOS E DE PRIVACIDADE

A referência normativa brasileira⁶ que aponta parâmetros mínimos para projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde é a RDC No. 50. No que diz respeito ao número mínimo de leitos para área de recuperação pós-anestésica, recomenda-se considerar o “número de salas + 1”, ou seja, havendo três salas de cirurgia, deve haver quatro leitos de RPA, reforçando assim estratégias de segurança do paciente e gestão de riscos. O potencial de intercorrências nesta etapa envolve níveis críticos de tolerância a dor, ou tempo maior na recuperação de consciência e movimentos das pernas, por exemplo. Para cada paciente em leito de RPA, deve-se contar com monitoramento frequente, em intervalos máximos de quinze minutos, tendo no CAISM a presença da Circulante de Sala (a Técnica de Enfermagem escalada para o local naquele turno). Conforme o gráfico de tempo de permanência em RPA, apresentado posteriormente na figura 17, há pacientes com tempo de recuperação superior a cinco horas.

A sala de Recuperação Pós Anestésica no C.O. do CAISM tem 19,4m² de área total, equipada com dois leitos, pia, painel de gases medicinais, cortina divisória com estrutura aérea e cadeiras para acompanhantes. O Centro Obstétrico dispõe de três salas de parto, o que requer então quatro leitos – o dobro do existente no local. Na impossibilidade de expansão horizontal (a sala de RPA é vizinha da sala de assistência ao Recém Nascido e da Sala de Parto 3, além do corredor principal e na face oposta uma parede externa do edifício), a Enfermagem depara-se, com certa frequência, com a sala

⁶ RESOLUÇÃO-RDC Nº 50, DE 21 DE FEVEREIRO DE 2002, disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2002/res0050_21_02_2002.html (acesso em 24/10/2023)

totalmente ocupada e a possibilidade de um próximo parto ocorrer e faltarem leitos de Recuperação Pós Anestésica.

Nas situações onde esta situação ocorreu, foi necessário segurar a paciente ainda na sala de parto para sua recuperação, enquanto não era liberado um dos dois leitos da RPA. Com isso, a Sala de Parto está impossibilitada de receber nova paciente. Havendo demanda, a equipe do local deve avaliar e, assim que um leito de RPA for liberado, a paciente na sala de parto é transferida e a sala de parto deve ser organizada para a próxima ocupante, o que requer higienização, preparação dos materiais (instrumentação, consumíveis, forros, paramentação, etc.). Quando há ocorrências com este perfil mais crítico de ocupação, o tempo é reduzido para a preparação da sala, potencializando fatores estressores e possibilidades de erros diversos.

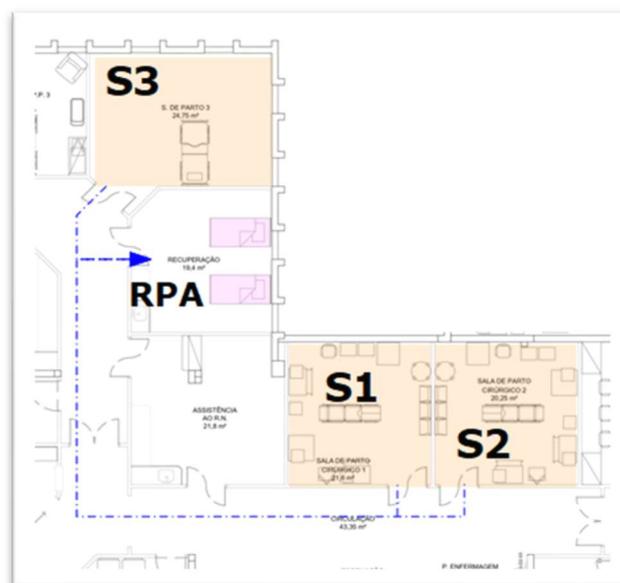


Figura 15. Relação entre as três salas de parto e a sala de Recuperação Pós Anestésica.

Fonte: Intervenção do autor, sobre a planta do Bloco Operatório fornecida pelo CAISM.

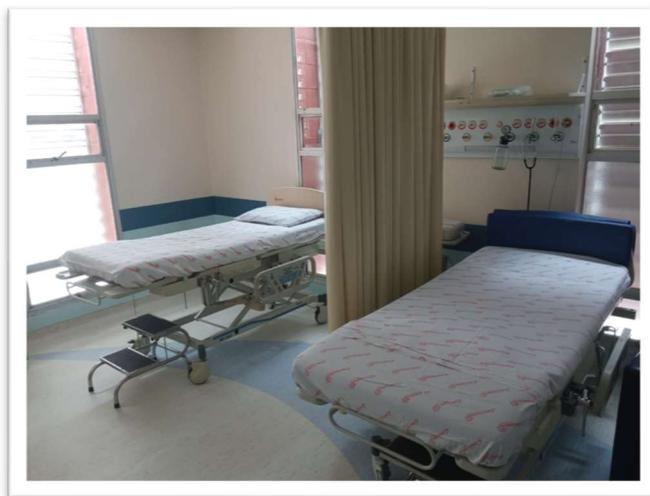


Figura 16. Sala de Recuperação Pós Anestésica (RPA). Fonte: autor.

Esta situação transpareceu em diversas falas dos interlocutores da pesquisa, sendo possível também durante as etapas de observação e cronologia da atividade perceber momentos onde a equipe se preparava para antecipar situações de lotação na RPA. Segue-se a transcrição de algumas falas representativas.

Isso é um problema pra nós quando tem salas acontecendo simultâneas, né, parto, e as pacientes, você imagina que eu tenho três pacientes, elas vão acabar o parto, elas vão se dirigir pra essa sala de RPA. Uma delas vai ficar presa na sala, você concorda? Porque eu não tenho (na RPA) onde eu admitir essa paciente. E, por exemplo, a nossa RPA, a nossa RPA tinha que ter mais leitos, daí a gente sanaria esse problema aí da vazão, por exemplo, quando a unidade não consegue receber as nossas pacientes. Ou quando tem um fluxo grande de parto aqui, entende? Teria como a gente fazer essa recepção de forma segura dessas pacientes aqui, porque dois leitos é muito pouco. É muito pouco.” (E06)

[...] em relação ao congestionamento das salas de RPA, que eventualmente acontece, principalmente quando está tendo muito procedimento e pacientes que ficam na RPA não conseguem ser liberadas em tempo hábil para que novos procedimentos sejam realizados e novas pacientes possam ter a recuperação. E aí, por não poderem ir para a RPA, ficam na sala de cirurgia e bloqueia novas cirurgias de entrarem naquela sala.” (E02)

Estas falas surgiram em entrevistas não-diretivas e, espontaneamente, foram trazidas pelos entrevistados como um problema frequente no C.O. Com a priorização do CAISM para casos de maior complexidade, houve diminuição no número de partos e na percepção da frequência com que estes congestionamentos ocorrem – porém ainda ocorrem e, devido a pouca margem de manobra (resultante da pequena quantidade de leitos), mesmos problemas pequenos em número podem desdobrar-se criticamente. E não há como assegurar que, em breve, não haja reconfigurações dos perfis de atendimento e equipamentos na região e resultem em maior número de partos a demandar atendimento no local. O tempo de recuperação das pacientes na RPA não é totalmente previsível, embora tenha sido registrada maioria significativa (68% no período analisado) com durações entre 1:00 e 3:00h, registraram-se (11%) casos com mais de 5:00h. As figuras 17 e 18, relacionadas à distribuição de tempos de espera e a linha do tempo da RPA em um dia específico, demonstram graficamente o cenário e corroboram com as falas dos entrevistados e com as observações no local.

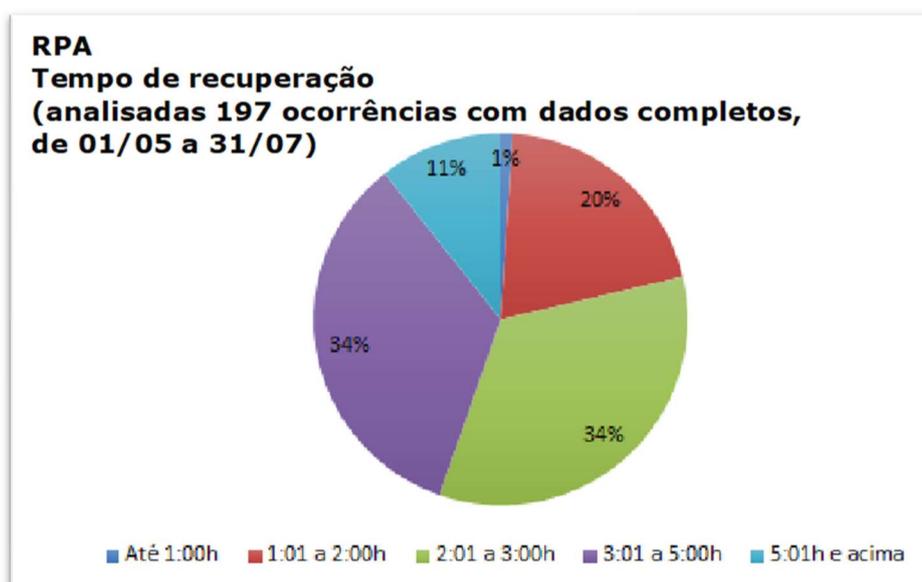


Figura 17. Gráfico de tempo de permanência das pacientes ocupantes da RPA, com base nas planilhas fornecidas. Fonte: autor.

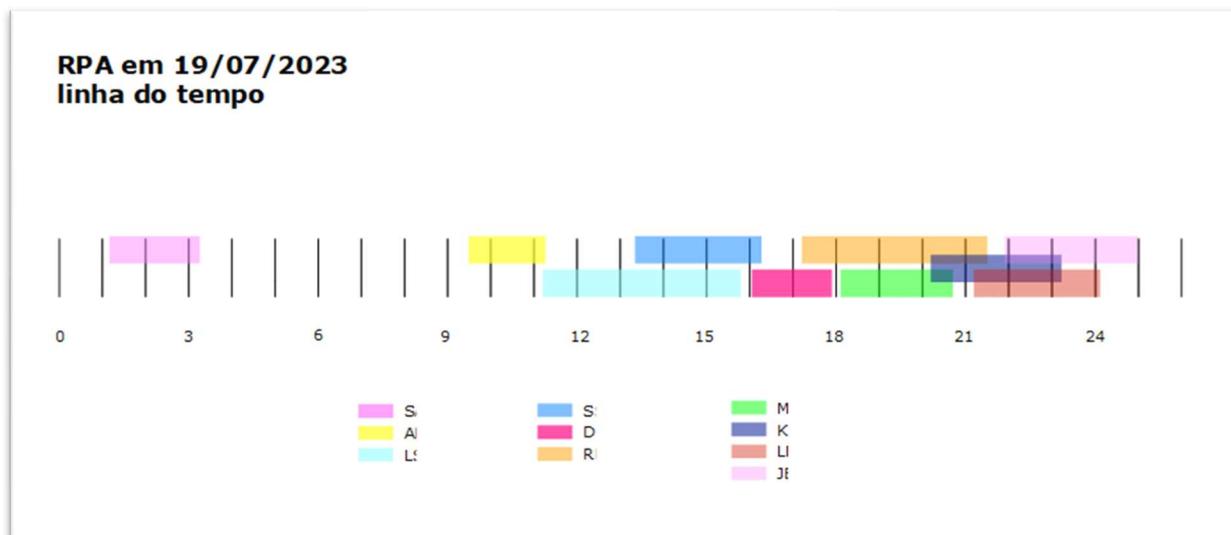


Figura 18. Construção de uma linha do tempo das pacientes ocupantes da RPA, com base nas planilhas fornecidas, em um único dia. Pode-se ver que a partir de 20:10h há a representação de uma terceira paciente – pode-se creditar a preenchimento incorreto na ficha, ou de local (recuperação se deu em sala de parto, ou de horário). Ainda assim, a dinâmica de ocupação nos permite ver uma capacidade criticamente limitada. Fonte: autor.

3.3.2. SUB-UTILIZAÇÃO (E OUTRAS UTILIZAÇÕES) DOS QUARTOS PPP

O conceito dos quartos PPP (Pré-parto, parto e puerpério) é um dos elementos que caracterizou o direcionamento da assistência ao parto para um enfoque humanizado, através da Resolução no. 36 da ANVISA (2008) e da iniciativa conhecida como Rede Cegonha (2011), conforme apontam Pasche, Pessatti, Accioli, Soares e Caramaschi (2021): este conceito fundamenta um modelo espacial que permite a espera no período de pré-parto (incluindo métodos não farmacológicos de alívio da dor), o trabalho de parto com foco no protagonismo da parturiente (o que inclui a disposição física privativa para escolhas de posição e a liberdade no uso de equipamentos auxiliares – cordas, bola, banheira, entre outros) e da mesma forma uma condição humanizada no puerpério (pós-parto). No CAISM (como vemos no início deste texto), o primeiro quarto PPP foi implantado durante a reforma ocorrida entre 2008 e 2009, portanto data da mesma época das iniciativas acima citadas.

As últimas reformas proporcionaram a distribuição de seis quartos PPP, porém hoje, efetivamente, há três destes quartos ainda utilizados para a finalidade original. Os outros três foram convertidos em Sala de apoio para a Neonatologia, Unidade de Vigilância Intermediária (UVI) e Sala para montagem de kits (Arsenal). Com isso, o Centro Obstétrico conta com um total de seis ambientes para a realização dos partos: três quartos PPP e três Salas de Parto (também chamadas Salas de Parto Cirúrgico). A figura 19 abaixo mostra em planta os seis quartos PPP, identificáveis pelo banheiro privativo.

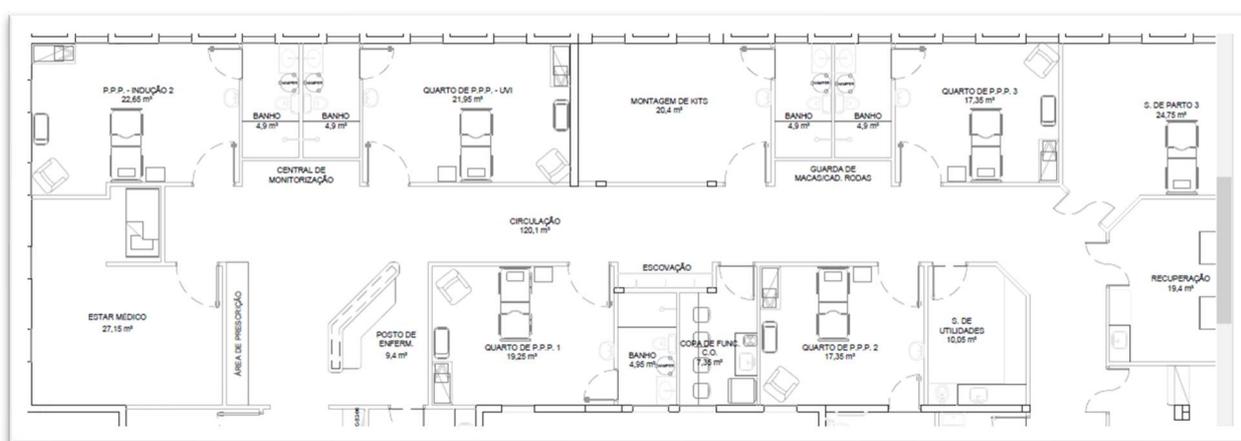


Figura 19. Planta parcial do Centro Obstétrico, abrangendo todos os quartos PPP, inclusive aqueles com mudança de função. São reconhecíveis no desenho acima pela característica de quarto com banheiro interno (suíte), espelhados dois a dois..

Pelos relatos das profissionais no local, os quartos PPP foram bastante utilizados em um passado próximo, anterior a 2022. O evento chave para uma mudança no perfil dos partos e do próprio trabalho no C.O. do CAISM foi a reorganização da rede regional de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS)⁷. Através da atuação da CROSS (Central de Regulação da Oferta de Serviços de Saúde), órgão estadual responsável pela organização e direcionamento das demandas em saúde pública, foi reservada ao CAISM

⁷ <https://g1.globo.com/sp/campinas-regiao/noticia/2021/12/20/hospital-da-mulher-da-unicamp-deixa-de-receber-pacientes-por-demanda-espontanea-apos-21-anos.ghtml> Acesso em 25/10/2023.

a missão de atender os casos de maior complexidade e alto risco, e sempre com as pacientes referenciadas (não há mais o atendimento conhecido como “portas abertas”). Desta forma, o atendimento a partos de baixo risco e por via vaginal – perfil aderente ao conceito de quartos PPP foi bastante reduzido no CAISM.

Em contrapartida, os casos de alto risco (caracterizados por aspectos críticos variados, como: prematuros, gemelares, má formação fetal, precaução de contato) aumentaram sobremaneira sua proporção entre os casos da instituição. É o que se pode compreender da fala transcrita abaixo:

O nosso perfil de paciente, a gente tem tido, por exemplo, muitos partos prematuros. Então, assim, os partos prematuros, as pacientes não são candidatas a ter o parto, por exemplo, na sala de PPP. Você entende? Porque ali não tem o berço de reanimação, é um bebê que vai precisar ser submetido a algum tipo de procedimento, muito provavelmente. Ou as pacientes também têm, muitas têm comorbidade, né? Então, elas vão, por exemplo, em algum momento apresentar algum risco. Então, o PPP, ele é para parto baixo risco. E baixo risco não é um perfil muito do nosso hospital. (E06)

Este perfil de atendimento com maior complexidade, naturalmente incrementa as variabilidades de cada parto ocorrido atualmente: são partos que podem contar com equipe médica de outras especialidades para apoio específico; há maior possibilidade de intercorrências tanto com a paciente quanto com o recém-nascido; e uma maior proporção de partos por via cesárea. Assim, se assiste a uma subutilização dos quartos PPP para partos, e um direcionamento tático dos casos para as Salas de Parto. Este direcionamento atende inclusive as solicitações de outra importante equipe do local: os profissionais e residentes do setor de Anestesiologia, para os quais o uso das Salas de Parto é estratégico para ação rápida em casos de intercorrência: nestas salas há painel de gases medicinais e o carrinho de reanimação. A cada admissão de paciente, a enfermeira responsável pelo turno busca analisar o perfil do parto (baixo risco ou não,

possibilidades de analgesia ou anestesia, precaução de contato ou não), e direcionar ao ambiente adequado. A figura 20 abaixo mostra um fluxograma que buscou traduzir o modelo de priorização e escolha da enfermeira no turno.

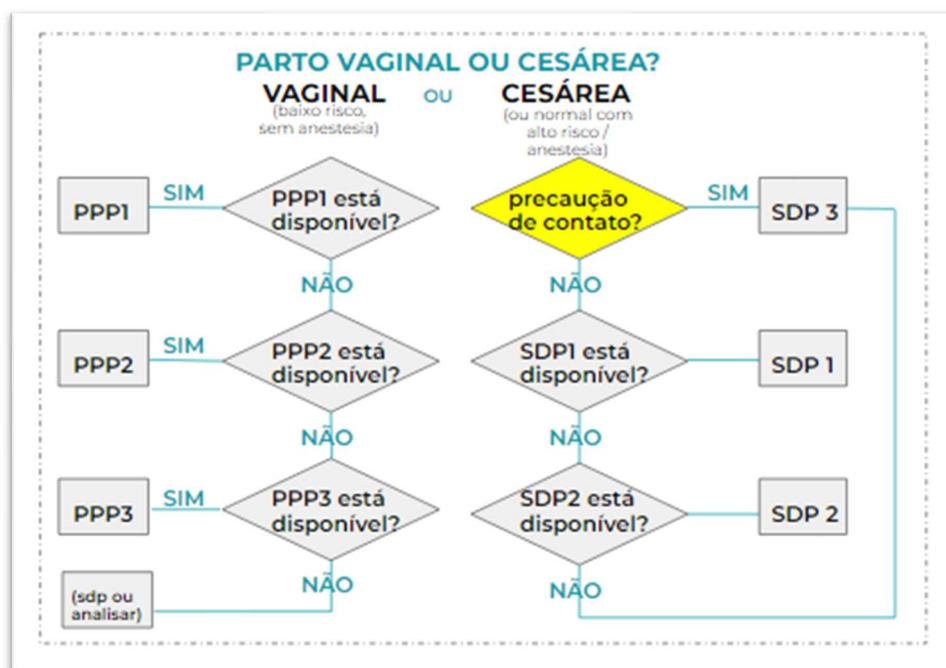


Figura 20. Fluxograma para tomada de decisão quanto ao local do parto. Fonte: autor.

Pode-se assumir que o contexto acima ilustra um embate entre conceitos e práticas em políticas públicas, atuantes sobre aspectos distintos da mesma realidade: se por um lado o crescimento e popularização de uma assistência humanizada ao parto configuram um incentivo ao parto vaginal, e com ele o uso dos quartos PPP, por outro lado não se pode negar a existência dos casos críticos e de alto risco, e as providências para que a rede do SUS possa direcionar esse público complexo para instalações capazes de atender com qualidade e segurança – perfil que é notório ao CAISM.

Como consequências para as equipes de trabalho ali, notadamente da Enfermagem, têm-se também mais um fator que comprime o tempo disponível para a organização e higienização das salas de parto. A disponibilidade dos quartos PPP (uma vez que há menos partos realizados nestes) resultou no empréstimo destes a outros

setores, como a área de montagem de Kits (que ocupa pequena área dentro do cômodo, mas o inviabiliza para outras ocupações relacionadas a assistência) e a Neonatologia.

Esta alteração funcional (e departamental) desdobra-se em outro problema: há falta de espaço apropriado no Centro Obstétrico para certos procedimentos, principalmente aqueles onde, ainda que não seja esperado o desfecho do parto, há que se monitorar a gestante e dispor de certa infraestrutura: é situação onde seria utilizado o quarto de UVI (Unidade de Vigilância Intermediária) mas que, em virtude do empréstimo deste quarto para outro departamento, há frequentemente uma questão logística a se resolver. Foi relatado durante a pesquisa, e transcrito abaixo:

Por exemplo, pacientes gestantes e hipertensas que precisam receber o sulfato de magnésio, em endovenosa e bomba de infusão, e a paciente precisa de uma monitorização mais frequente, [...] é bem capaz de ir pra um dos dois PPPs [...] Se chegar um outro trabalho de parto no PA, que não é incomum pra acontecer, eu não tenho onde colocar a paciente no centro obstétrico. [...] Então, muitas vezes a gente tá levando sulfatação pra UTI pra não ocupar esse PPP... como uma estratégia pra não ficar sem recursos.

[...]

E uma coisa é você ter a paciente que tá ali do seu lado. Que seria o caso da gente aqui que fica no centro obstétrico. Outra coisa é você ter que, periodicamente, ir até a UTI pra verificar a paciente.

[...]

Mas, num determinado momento, vem uma paciente do pronto-atendimento precisando sulfatar, num caso grave de hipertensão, e a gente precisa colocar ela naquele leito que tá sendo ocupado pela indução. Então, daí a gente transfere a indução pra enfermaria. Não é rotina isso acontecer, mas quando acontece é muito estressante. E gera um estresse a mais pra equipe assistente, entendeu? Pra equipe de enfermagem que tem que fazer toda essa transferência de leitos e tudo mais.

Eu antecipo riscos obstétricos e lido com eles, se precisar. Mas além desses riscos, eu tenho que também antecipar questões que não são médicas. É questão de ocupação, de disponibilidade de leito. (E02)

É possível compreender aqui um encadeamento entre a carência de espaços (por empréstimo ou falta de infraestrutura), a mobilização da equipe para providências e a necessidade adicional de atenção (por exemplo, da equipe médica obstetra deslocar-se até a UTI). Parte destes fatores têm sua origem em determinadas limitações provenientes da divisão dos espaços (resultante das técnicas construtivas e modulações do edifício), da infraestrutura nestes espaços (sendo a anestesia uma das demandas definidoras), e que atesta a ainda insuficiente versatilidade do layout do Centro Obstétrico. A busca por sistemas mais “plásticos” (Beguin, 2008, p.3) na reformulação deste conjunto de ambientes teria importante papel na melhoria das condições de trabalho no local.

3.3.3. A INFLUÊNCIA DO SISTEMA DE AR CONDICIONADO CENTRAL

Nas entrevistas preliminares, nas observações globais e no acompanhamento pela cronologia da atividade, foi citada (e percebida presencialmente) a problemática do ar condicionado e sua influência na atividade. O sistema de ar condicionado no Centro Obstétrico é de modelo central, caracterizado por uma única unidade condensadora e um sistema de distribuição que se ramifica e perpassa diversos ambientes. É um sistema bastante utilizado em ambientes corporativos: salas de escritórios, por exemplo. Porém, ao contrário destes, onde a temperatura pode ser única, padronizada a todos os ambientes devido ao trabalho comum, em um ambiente complexo como o hospitalar pode-se intensificar problemas latentes.

Entre os ambientes que recebem o ar deste sistema central, são representados na figura 21, a seguir, cinco salas, sendo: três salas de parto (representadas por A), a sala de recuperação pós anestésica (B) e a sala de Assistência ao Recém Nascido (C).

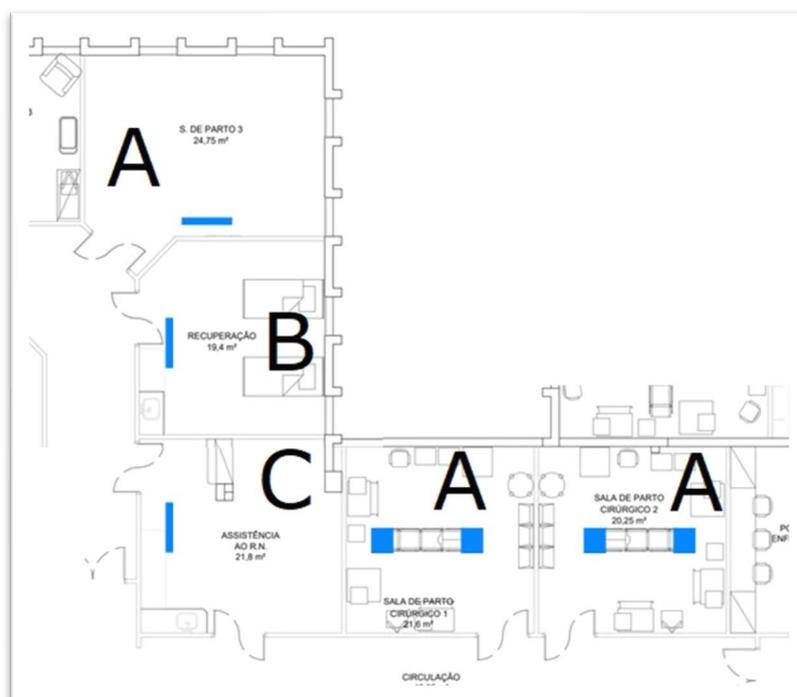


Figura 21. Área parcial de influência do ar condicionado central: (A) Salas de parto; (B) RPA; (C) Assistência RN. Em azul, locais de saída do ar em cada sala.

Conforme relatos colhidos no local, há diferentes parâmetros de conforto e temperatura, a depender da função das salas e o perfil de ocupação, e a impossibilidade de diferenciar as temperaturas em cada local causa impactos. Em relatos durante a pesquisa foi informado que não há uma graduação precisa de temperatura, constituindo então duas opções a escolher em cada momento: ligado ou desligado, combinadas ao tempo de ar ligado nestas condições (mais tempo ligado para chegar a temperaturas menores).

Nas salas de parto (A) em razão das exigências físicas do trabalho e da paramentação dos profissionais, é necessária uma temperatura constante entre 20°C e 23°C. Porém a cama de parto está localizada bastante próxima da saída do ar, trazendo à parturiente e ao recém nascido desconforto, devido a sensação de frio provocada pelo ar. Este desconforto condiciona as pessoas que trabalham no local a uma carga de atenção extra. Profissionais do local relataram ocorrências onde se retirava mãe e bebê do contato pele-a-pele, abreviando este momento (que é importante no evento do parto,

trata-se do primeiro contato entre mãe e filho/a) para proteger o recém nascido do frio advindo da saída do ar condicionado. Em momento de confrontação posterior desta pesquisa (Outubro/2023) foi relatado o início do uso de um tipo de túnel, improvisado com lençóis ou forro cirúrgico e suspenso pelas enfermeiras, como mais uma opção para proteção do recém-nascido. O túnel é uma interessante situação de gênese instrumental (Béguin, 2008, p.4): não previsto gerencialmente, constitui-se em um dispositivo acessível no Centro Obstétrico (tecido ou forro cirúrgico), discutido e de uso implantado pelas profissionais do local como forma de resposta a uma situação que pode provocar, de desconforto até hipotermia ao recém nascido.



Figura 22. Foto da Sala de Parto com a saída do ar condicionado posicionada diretamente sobre a cama de parto (representação pela seta vermelha). Foto e intervenção: autor.

Na sala de Recuperação Pós Anestésica, representada como (B) na figura a seguir, não há necessidade de refrigeração, porém a manutenção de temperatura mais fria, como o requisitado em (A) acarreta desconforto às pacientes neste local.



Figura 23. Em destaque, a grelha de saída do ar condicionado na sala de RPA. Foto e intervenção: autor.

Já na sala de assistência ao recém-nascido (C), têm-se berços aquecidos para os bebês, o que eleva frequentemente a temperatura no local. Com isso, é requerida a manutenção de temperaturas mais frias de forma constante no ar condicionado. Em relatos coletados no setor de Neonatologia, em momento posterior de validação, foi esclarecido que não há desconforto aos recém-nascidos, que permanecem nos berços aquecidos com satisfatório controle de temperatura. Mas que aos trabalhadores do local há o contínuo desconforto gerado pelo calor. Um dos fatores que contribui a este desconforto é a situação dos berços necessariamente ficarem ligados e aquecidos, à espera dos próximos recém-nascidos (o tempo de *setup*, para ligação e aquecimento, é longo, o que inviabiliza mantê-los desligados).



Figura 24. Grelha de saída do ar condicionado na Sala de Assistência ao Recém Nascido.



Figura 25. Termômetro utilizado nas Salas de Parto. (com funções de relógio e medidor de umidade).
Foto: Michelle Rodrigues da Silva (Supervisora Enf. C.O.)

O monitoramento em cada sala é feito por termômetro acessível a vista de todos (conforme figura 25 acima) e as equipes têm o hábito de monitorar constantemente este parâmetro. As ações de ligar e desligar este sistema são tomadas no departamento de

manutenção, devendo a enfermagem comunicar por telefone. Como desdobramento, há frequentes solicitações, por parte dos diversos profissionais do local, à enfermeira ou às técnicas de enfermagem para contactar o setor e solicitar a ação. Estas solicitações são interrupções adicionais ao trabalho cotidiano da enfermagem: no apêndice dedicado à Cronologia da Atividade mostro que solicitações do tipo interromperam o trabalho de preenchimento de evolução de paciente (o que requer atenção) e até a pausa de quinze minutos da enfermeira no café (pois não havia outra pessoa para tomar a ação).

Foram relatados ainda frequentes casos de conflito na gestão do ar condicionado nas salas de parto: em determinado momento, para evitar o desconforto de mãe e bebê nos primeiros minutos pós parto, o ar condicionado pode ser desligado. Já a equipe médica, devidamente paramentada para o procedimento de cesárea, encontra-se em situação crítica de calor – solicitando o acionamento do ar condicionado para redução da temperatura da sala. Em meio a divergência entre demandas, o primeiro direcionamento (percebido em mais de um depoimento no local) é o cuidado com o binômio mãe-bebê, de forma a, habitualmente, adiar-se a religação do ar – o que preserva os pacientes mas potencializa o desconforto da equipe médica. Neste caso não só o conceito do ar condicionado central contribuiu ao problema, como também a localização da saída de ar sobre os pacientes. A gestão desta divergência também constitui-se em carga adicional ao setor de Enfermagem, na ponderação sobre o que fazer e no diálogo junto à equipe médica – acarretando possível estresse e atrito na relação entre profissionais.

Têm-se aqui uma demonstração clara de instalações obsoletas, ou inadequadas para o perfil do local, tendo como consequência demandas adicionais de trabalho, interrupção de tarefas importantes (e prejuízo a concentração) e acréscimo no estresse devido a iminência característica das solicitações (não se pode deixar para depois).

É possível expandir a discussão, em direção à criação de interações e às relações de poder suscitadas pela falta de autonomia no controle do ar condicionado. Ao contrário de um sistema com controle local, o ar condicionado com comando central

insere na atividade os responsáveis pela manutenção, dos quais passam a depender os usuários dos ambientes que fazem parte do sistema. Com isso, questões como disponibilidade do responsável (para receber a solicitação de ligar ou desligar), o volume de ligações por turno que se pode demandar, a disponibilidade da enfermeira ou da circulante de sala em interromper seu trabalho para fazer a solicitação, são elementos que contribuem à carga de trabalho.

Há uma importante questão de gênero relacionada ao ar condicionado – e principalmente em ambientes onde se trabalha em equipe. É registrada por Parkinson, Schiavon, de Dear e Brager (2021, online) a problemática do resfriamento excessivo em prédios de escritórios nos Estados Unidos, através de análise a 38.851 respostas a questionários de avaliação pós ocupação, com percepção de desconforto diferenciada entre gêneros: ambientes com ar condicionado direcionado a temperaturas mais frias causam mais desconforto em mulheres do que em homens no mesmo ambiente. Do total de respostas (21343 = 55% mulheres / 17508 = 45% homens), 38% dos usuários demonstraram insatisfação com o quesito temperatura em seus ambientes de trabalho – tendo neste total de usuários 64% mulheres e 36% homens, ou seja, o gênero feminino aumenta sua proporção em relação ao total, no universo de usuários insatisfeitos. Ainda neste total há maioria na insatisfação com temperaturas mais frias, do que mais quentes. Outro dado importante é a principal fonte de insatisfação: a impossibilidade de controlar o termostato. A figura 26, abaixo, ilustra e expande estes números.

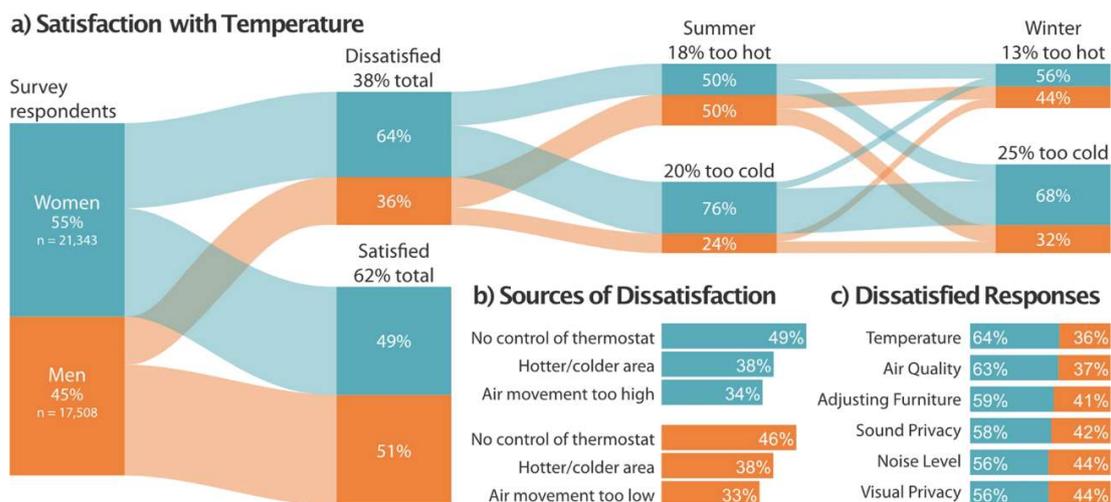


Figura 26: Satisfação com a temperatura por gênero. Fonte: Parkinson, Schiavon, de Dear e Brager, 2021.

A referência acima foi utilizada no sentido de apontar caminhos para reflexão, mas sem a pretensão de aplicá-la com parâmetros satisfatórios à nossa pesquisa, devido às especificidades do campo. Um estudo que pretendesse compreender especificamente este tema (satisfação com o conforto térmico) deveria considerar: o ambiente hospitalar, compartimentado (e com variáveis referentes a utilização de cada sala), o que o diferencia do conceito de escritório aberto; o clima na região de Campinas; parâmetros metabólicos da população local; a diferença entre os vestuários da equipe médica (inclusive paramentação) e a paciente e seu bebê; a duração do trabalho de parto dentro da sala. E, como operamos nossas análises em uma chave interdisciplinar e atenta ao trabalho, seria interessante adicionar a esta problemática: as possibilidades de comunicação da insatisfação para a equipe (se está frio/se está calor), tomada de decisão em grupo (ou tolerância individual à condição insatisfatória) e efetivamente o comando (local ou não? Comunicado como e para quem?) para aumentar ou diminuir a temperatura na sala. E aqui, neste conjunto de elementos físicos / fisiológicos / psicológicos e organizacionais, cabe novamente lembrar como “o antropossocial remete ao biológico, que remete ao físico, que remete ao antropossocial” (Morin, 2005, p. 139).

3.3.4. O BALCÃO DA ENFERMAGEM COMO POTENCIALIZADOR DE INTERAÇÕES E INTERRUPÇÕES

Em conexão clara com o tópico anterior: a necessidade de chamados constantes à Enfermagem para alterar a condição do ar condicionado, configura elemento que aponta para uma outra categoria de ocorrências. Nesta pesquisa, só foi possível começar a compreender este fenômeno no acompanhamento pela Cronologia da Atividade. Embora não se desse de forma clara no primeiro dia – é algo de certa forma normalizado – a partir do segundo dia de observação sistemática comecei a enxergar esta dinâmica: o conjunto de fatores que tornam o balcão da enfermagem como um facilitador de interações e interrupções às atividades.



Figura 27. Localização do balcão da enfermagem.



Figuras 28 e 29. O balcão da enfermagem. (N: a posição do interfone que funciona como campainha para o público, condiciona a enfermeira a levantar do balcão para atendê-lo em pé.)

Estrategicamente posicionado, em local de passagem obrigatória a todo o público do C.O., o balcão mantém relação de vizinhança com os postos de trabalho da equipe médica, residentes e internos (incluindo sala de estar médico), com as áreas de indução, UVI e o quarto PPP emprestado ao setor de Neonatologia. Além destas, é o ponto de atendimento ao público que entra pela porta principal de acesso do C.O.: pacientes, acompanhantes, pessoal administrativo e de apoio, docentes e pesquisadores, estagiários, entre outros. É também o local de centralização das informações e tomadas de decisão da enfermeira responsável pelo turno, bem como da execução de atividades diversas: das demandas diversas de pedidos de informação e comunicações, às tarefas que exigem foco e concentração, como preenchimento de formulários de evolução das pacientes e tomadas de decisão baseadas na análise de informações detalhadas.

Esta condição de layout acarreta em uma sobreposição natural de demandas: é um posto de trabalho para atividades que requeiram concentração; é estrategicamente posicionado para relação próxima a outras equipes envolvidas na atividade; mas também acaba por “convidar” a interações espontâneas das mais diversas naturezas. Além disso, sendo o ponto de recepção do público externo (pacientes e acompanhantes), há constantemente interrupções vindas deste público: pedidos de informação, de ajuda, dúvidas sobre a fase de indução, questões relacionadas a guarda de pertences (por ex.,

o acompanhante precisar entregar o telefone celular ou a bolsa à paciente, etc.). Ponto adicional é a localização do interfone: a profissional que estiver no balcão acaba por ter a função de levantar-se e atender imediatamente ao ouvir o toque; durante a pesquisa foi possível presenciar ocasiões onde no momento do atendimento não havia ninguém; ou situação onde o interfone tocou, a enfermeira atende e autoriza a entrada, acionando a abertura da porta, o acompanhante entra e, já no balcão, faz uma pergunta que, na verdade, era direcionada ao Centro Cirúrgico (situação onde percebe-se a falta de uma sinalização eficiente já na entrada – o que evitaria esta interrupção). Anteriormente, neste texto, fiz referência a alguns conceitos da área de Psicologia Ambiental: retomo aqui as noções de comportamento sócio-espacial humano e de *affordance*, a partir de uma perspectiva que determinadas condições físicas podem induzir a comportamentos e ações dos usuários de maneira natural e muitas vezes não percebida conscientemente. Mas não se enuncia aqui uma relação unidirecional de determinismo para as ações pessoas que trabalham no local, como se fossem passivamente influenciadas pelo ambiente: cada elemento físico, regra de trabalho ou artefato requer do trabalhador uma ação responsiva: é neste ponto que a abordagem ergológica insere uma dramática relacionada à arbitragem e tomada de decisões dos sujeitos.

É oportuno aqui articular o campo da Ergologia com o uso do espaço. Na relação entre uma escolha de layout (a localização do balcão e suas relações de proximidade e acesso de público interno e parcial externo), as características dimensionais e materiais do mobiliário (um balcão aberto, sem divisórias, anteparos, elementos translúcidos ou sinalização) e o dia-a-dia da atividade, há uma produção constante de sutis arbitragens interpessoais. A cultura organizacional é constituída por prescrições, normas, manuais, mas também de aspectos históricos e culturais que participam também da constituição de modos de trabalhar. Retoma-se aqui o conceito de Cristalização, enunciado entre os referenciais teóricos neste texto, e exemplificado de forma precisa nesta situação, relatada a seguir.

Durante os períodos de observação foi percebido um entendimento tácito (e “cristalizado”), manifestado como uma lógica onde a enfermeira do turno deve prestar auxílio às diversas demandas emergentes, e no momento em que se apresentam. É importante relacionar esta situação, composta por elementos físicos, psicológicos, culturais, ao conceito ergológico dos *usos de si*. Conforme Duraffourg (2021, p.79), em transcrição de debate com Schwartz, em todo ato de trabalho há uma dialética formada por duas formas do trabalhador atuar: o *uso de si por si* (a mobilização desta entidade interna, não totalmente visível, formada por seu corpo, energia, disposição e limitações, sua inteligência, história, subjetividade, representações, em um amálgama que não isola ou separa nenhum destes elementos); e há o *uso de si pelos outros*: presente em todas as relações de trabalho através de uma dimensão social da atividade, nas interações com o outro: com os beneficiários do serviço, com os colegas acima, ao lado e abaixo na hierarquia organizacional; com os membros de outros departamentos, com os agentes externos – fornecedores, auditores, por exemplo. Esta dimensão social é permeada por (sutis ou ostensivas) manifestações de permissão, limites, aceitação, presteza, empatia e, principalmente, valores envolvidos na atividade. Também discutido por Duraffourg (2021, p.80), o conceito de valores nos permite tentar compreender o motivo de, durante a atividade, haver prioridade para uma tarefa, e adiamento de outra. Os valores são determinantes para o engajamento ou não, do trabalhador na atividade. Foi possível, durante a pesquisa, constatar demandas onde, em final de turno ou lidando com mais de uma situação crítica, as pessoas no balcão interromperam o que estavam fazendo para atender uma gestante, ou um acompanhante, com renovadas presteza e disposição. Nestes momentos foi possível perceber, para além do discurso, o engajamento do *corpo si* em atividades relacionadas aos valores de um atendimento humanizado, de uma missão pública e social exercida de forma primorosa e pessoal.

Com a sobreposição de demandas no balcão, são incrementadas as possibilidades de interferências e interrupções. É importante articular esta constatação com a existência de pesquisas científicas dedicadas ao tema. Em trabalho de revisão integrativa de

literatura, Paiva *et al.* (2019, online) ressaltam a dualidade existente nas interrupções, dividindo-as em ocorrências com efeitos positivos e ocorrências com efeitos negativos, conforme citação abaixo:

- Efeitos positivos: troca de informações entre a equipe para eficiência do processo de trabalho; prevenção de erros, precisão das ações e incremento à segurança do paciente; apoio em situações de emergência; impedimento de incidentes; troca de conhecimento entre enfermeiros mais experientes e menos experientes.

- Efeitos negativos: comunicação que atrapalha a atividade em execução, com perda de concentração e necessidade de recomeço de atividade; prejuízo ao raciocínio clínico e à formação prospectiva da memória; estresse, frustração e irritação do profissional (citou-se a interrupção imprópria como falta de respeito e comportamento inapropriado); diminuição da eficácia e da produtividade; eventos adversos no processo de medicação; falhas ao documentar informações em prontuário (e desdobramentos prejudiciais ligados a interpretação futura deste); esquecimento de ações planejadas; pacientes sentirem-se desrespeitados.

O estudo também cita uma clara dificuldade dos artigos analisados em definir de forma coerente o que caracteriza uma interrupção, e o que a difere de uma demanda previsível no trabalho coletivo onde se está à espera de informações ou se disponibiliza o atendimento ao público (interno ou externo). Há divergências na própria caracterização das interrupções, com variabilidades em relação a fonte, frequência, motivo e duração. Em estudo de caso, Sasaki e Perroca (2017, p.05-06) registram a predominância das interrupções no trabalho da Enfermagem em tarefas de documentação – o que demonstra a relevância do assunto e seu aspecto crítico com relação a segurança do paciente.

Considerei como uma definição conceitual de interrupção: a demanda que, de forma imediata, retirou a enfermeira da atividade que desempenhava. Ainda assim, como apontei anteriormente, há aspectos invisíveis na atividade que são mais difíceis de apreender: os períodos em que os trabalhadores se ocupam de tarefas rotineiras (uma

organização de arquivos, por exemplo) e ao mesmo tempo ordenam mentalmente algum procedimento futuro ou estratégia de trabalho; buscam na memória prospectiva algum processo ou registro que será utilizado posteriormente; refletem sobre a viabilidade de determinada decisão a tomar.

Ainda assim, foi possível presenciar pelo acompanhamento próximo possibilitado pela Cronologia da Atividade, alguns momentos de tensão provenientes de interrupções que poderiam ser evitadas (toque de interfone e desistência da pessoa que tocou; pedidos de informação que já estavam claros ou registrados anteriormente; visitante destinado ao Centro Cirúrgico que chega ao Centro Obstétrico por engano). São as interrupções que se pode considerar evitáveis e de possível solução através de considerações sistêmicas, como: formas mais claras de sinalização ao público, de registros de informação para técnicas e residentes, possibilidades de separação entre o balcão da enfermeira e de uma possível recepcionista para moderar e filtrar as demandas, entre outros. A figura 30, a seguir, mostra uma linha do tempo esquemática onde qualifico as interrupções identificadas em um preenchimento de evolução.

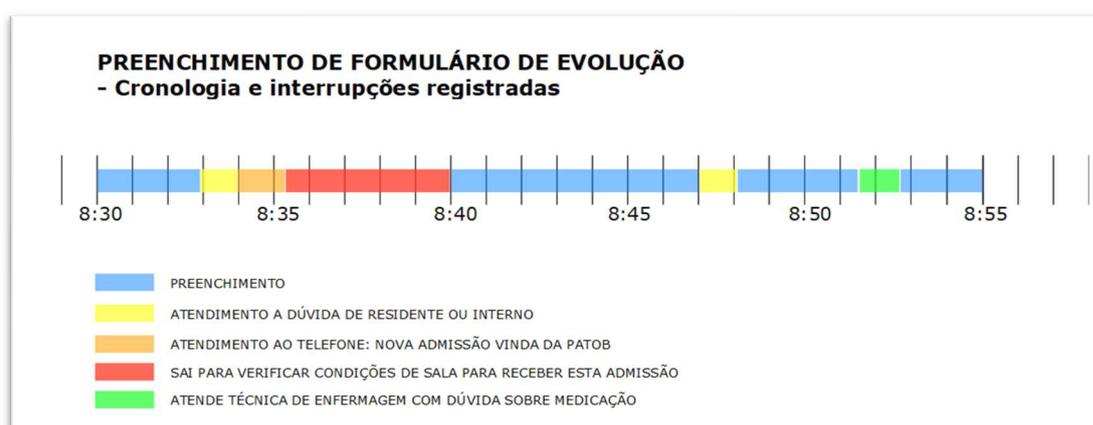


Figura 30. Linha do tempo registrando atividade e interrupções. Fonte: autor.

Possíveis soluções para esta situação fogem a considerações simplistas, sobre permitir ou restringir interrupções. Há que se estudar a natureza destas (considerando inclusive o perfil formador do CAISM – com suas características próprias de diálogo e

explicações *in loco*), e refletir sobre as opções de natureza sistêmica que podem mitigar as interrupções devidamente identificadas como desnecessárias ou prejudiciais. Estas opções passam pelo projeto físico, mas também por sinalizações, procedimentos, treinamento e acompanhamento.

3.3.5. OS DEBATES SOBRE A AMBIÊNCIA NO PRÉ-PARTO / INDUÇÃO

Foram citadas, por diversas vezes ao longo da pesquisa, as impressões dos profissionais do local sobre a área de indução / pré-parto, onde chegam as gestantes e permanecem em um período de espera que pode levar entre algumas horas a até três dias. Esta área, um quarto padrão dentro do Centro Obstétrico, é apontada nas entrevistas como local monótono, sem atividades estimulantes (física e cognitivamente) à gestante e acompanhante. Um local mais adequado, conforme respostas às entrevistas, poderia contemplar mobiliário confortável, área para deambulação, massagem, yoga, ambiente com musicalidade, cores e padrões não-monótonos, disposição de materiais para atividades de distração, entre outros elementos, como demonstra uma das falas obtidas na pesquisa e transcrita abaixo:

Mas, o que a gente sente falta hoje, de fato, é uma área de convívio, uma área dentro do centro obstétrico, que aquela paciente fica ali horas em trabalho de parto, ou mesmo induzindo, ela fica entediada. Isso faz com que ela solicite a interrupção da gestação por via de cesárea, porque ela cansa de estar naquele ambiente, não é um ambiente favorável. Então, a gente luta por uma área mais agradável, onde a paciente possa pintar, que ela possa bordar, onde tenha música, onde ela tenha como fazer um alongamento, que é essa sala de ambiência que a gente tem. E que isso favoreceria a gente a manter as taxas de cesárea mais baixas, porque a gente sabe que algumas pacientes desistem pelo ambiente ruim que a gente mantém ali. (E01)

É citada a situação comum de desistência do parto natural por mães que, cansadas de aguardar nesta sala, comunicam à Enfermagem que mudaram de ideia e solicitam o parto por cesárea. Ainda conforme os relatos, há outros fatores que pesam nesta decisão, além da ambiência: grau de dor e desconforto, cansaço físico e psicológico, ansiedade, compromissos externos relacionados à família, como outros filhos esperando em casa (em certos casos sem rede de apoio suficiente), ou a necessidade do acompanhante (pai) não perder mais dias de trabalho (principalmente em caso de trabalhadores autônomos – uma realidade cada vez comum).

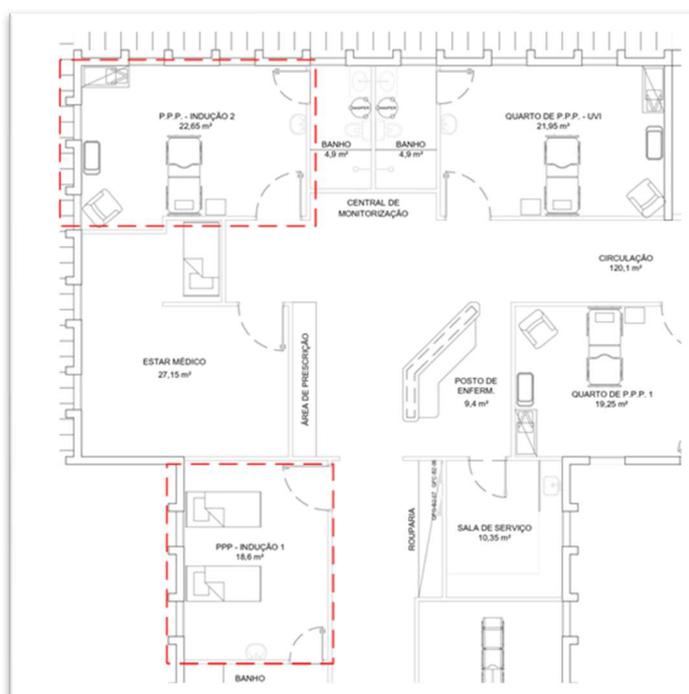


Figura 31. Em destaque, as salas utilizadas hoje para a espera em indução. Fonte: Intervenção do autor, sobre a planta do Bloco Operatório fornecida pelo CAISM.

Os relatos e opiniões acerca do tema são dificilmente comprováveis por meio desta pesquisa – que teve como foco a abordagem aos profissionais do local, não à abordagem do público (o que incluiria novas considerações sobre aspectos éticos da pesquisa e alterações substanciais na estrutura destes, incluindo a LGPD).

Ao envolver os impactos às gestantes e acompanhantes, e a necessária compreensão de seu contexto sócio-econômico, o estado psicológico que combina expectativa, ansiedade, tensão e preocupações, as percepções objetivas e subjetivas de conforto e humanização; as representações mentais sobre o espaço hospitalar, sobre as vias de parto (incluindo o debate e as preferências pessoais entre parto vaginal e parto cesáreo), como pesquisador acredito que cabe a proposição de uma metodologia de investigação qualitativa diferenciada, dentro do campo das ciências humanas e sociais aplicadas, que possa construir hipóteses mais claras que irão atribuir, em maior ou menor grau, a influência do espaço físico sobre a disposição destas gestantes em, conforme suas representações e preferências pessoais, bem como a aceitação da espera, da tolerância a dor e desconforto, aguardar mais ou menos tempo ali.

Relatos colhidos entre as profissionais do local apontam a vulnerabilidade sócio-econômica como possivelmente responsável principal pelo desejo de permanecer o menor tempo possível no local: se a espera pelo parto normal chegar a três dias, comparada ao parto cesáreo feito no mesmo dia da admissão, há impactos sobre as decisões não só da gestante, mas do acompanhante e da rede de apoio. Estes relatos vão de encontro ao contexto de naturalização da cesárea no contexto atual: para parte da população, tornou-se uma via de parto considerada viabilizadora de maior controle do calendário familiar e profissional, ainda que em detrimento de considerações relacionadas à saúde materna e do feto. Um menor período em expectativa concede ao pai do bebê a possibilidade de perder menos dias de trabalho, e com isso o desdobramento em formas de pressão tácita ou explícita sobre a gestante em direção ao parto cesáreo (vale lembrar a quantidade de trabalhadores precarizados que são impactados com menos dias trabalhados: motoristas de aplicativos, entregadores, pedreiros e instaladores autônomos, por exemplo). Este cenário pode abarcar também a rede de apoio da gestante, como as avós – também em certos cenários trabalhadoras autônomas para quem há impactos com dias não-trabalhados. Neste sentido, há ainda fatores complicadores relacionados à distância da cidade de origem da paciente: o

CAISM é uma unidade de atendimento referenciada que recebe demandas de dezenas de cidades, incluindo municípios a mais de 150km de distância, como Tambaú e São Sebastião da Gramma.

O tema é relevante e atravessa outros debates atuais na instituição. A Comissão Permanente de Acompanhamento das Taxas de Cesárea (CPATC, substituída em 2023 pela Comissão QualiParto – onde participei de reuniões como ouvinte) trouxe à discussão diversas estratégias relacionadas à redução do número de cesáreas desnecessárias – considerando entre seus projetos (de caráter multidisciplinar) a ambiência da área de indução (pré-parto). Há um perfil de gestantes considerado nas iniciativas da comissão como foco de maiores intervenções relacionadas a educação, comunicação e ambiência. Este perfil fundamenta-se em um conjunto de categorias da referência conhecida como Classificação de Robson. Esta classificação, de autoria do médico irlandês Michael Robson (Fundação Oswaldo Cruz, 2018, online) divide as gestantes em dez grupos, sob critérios de total inclusão e mutua exclusão, ou seja, cada gestante se insere apenas em um dos grupos. Considerando então esta referência, os debates e projetos da comissão, apresentados pela Profa. Dra. Eliana Amaral

⁸ buscam êxito na redução das taxas de cesárea principalmente (mas não só) nos grupos 1, 2 e 5, descritos abaixo:

- Grupo 1: Nulíparas com feto único, cefálico, a partir de 37 semanas de gestação, em trabalho de parto espontâneo;
- Grupo 2: Nulíparas com feto único, cefálico, a partir de 37 semanas de gestação, cujo parto é induzido ou que são submetidas à cesárea antes do início do trabalho de parto; (hoje há subdivisão relacionada às razões da indicação de cesárea neste grupo)

⁸ **Intervenções para reduzir cesárea desnecessária.** Apresentação em formato PPT. 46 slides. In: SECRETARIA DO DEP. TOCOPGINECOLOGIA - UNICAMP. Reunião Geral DTG - 28/04/2022 - Estratégias para redução de cesáreas desnecessárias. YouTube, 28/04/2022. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=bdpDDv28b1Y&t=521s> . Acesso em: 13/01/2024.

- Grupo 5: Todas as multíparas com pelo menos uma cesárea anterior, com feto único, cefálico, a partir de 37 semanas de gestação.

Esta situação nos permite discutir sob a ótica de autores que analisam o trabalho na prestação de serviços. Cerf, Vallery e Boucheix (2007, p.488) registram certa propensão no estudo do trabalho em serviços: o foco predominante no trabalho do executante, em detrimento da análise, igualmente importante, do beneficiário deste serviço, que participa do processo e, por meio de sua disponibilidade de ação, capacidade de informar e construir a demanda, habilidades de comunicação e relacionamento, pode alterar sobremaneira o trabalho do executante. Este raciocínio se aplica a certos perfis de gestante e acompanhantes que, a depender do nível de estresse, características fisiológicas, cultura relacionada ao significado do parto, tolerância à dor, preparação para o evento, nível de apoio do acompanhante e da família, constituem a cada parto uma situação única de complexidade à equipe profissional.

Em exemplo relacionado ao tratamento de diabetes e os conhecimentos necessários ao paciente, Dejourns (2008, p.62) consolida o conceito desta relação na afirmação “Tratar é formar”. Esta formação depende tanto do prestador de serviço, sua disponibilidade, conhecimento e capacidade, quanto do paciente-usuário-beneficiário, e sua disposição, capacidade de interpretação e condições (às vezes individuais, outras sociais ou familiares) para colocar em prática o tratamento.

Desta forma, é possível imaginar um cenário onde o CAISM disponha de instalações totalmente satisfatórias, do ponto de vista do conforto e da qualidade física e cognitiva do período de espera, mas ainda assim para parte da população atendida, frente à realidade do trabalho precarizado e da sobrevivência, há o peso pela solução que resulte em menor tempo de espera. Reforço, enfim, que estas reflexões baseiam-se em conjunto coerente de observações das profissionais de enfermagem, que emergiram em conversas não estruturadas durante meus períodos ali, e enunciam a necessidade de estudos focados (mas de forma ampla e interdisciplinar) na exploração deste tema – o que pode elucidar diversas questões que têm sido discutidas internamente no CAISM.

3.3.6. OUTRAS QUESTÕES ESPACIAIS EMERGENTES

Além dos fenômenos apresentados neste tópico, durante diversos momentos desta pesquisa emergiram questões de variadas naturezas e que, de uma forma ou outra, se relacionam com os temas de uso do espaço, da arquitetura e do design. O fato de não serem analisados em profundidade como os temas anteriores não diminui sua relevância frente à atividade, ao trabalho real. Porém um trabalho de investigação mais detalhado sobre estes assuntos requer recursos que estão além dos pretendidos nesta pesquisa, em termos de complexidade, metodologia, aspectos éticos de pesquisa, tempo e possibilidades de negociação e interlocução. São apresentados abaixo.

Em primeiro lugar, a questão da natureza de um hospital-escola. O perfil predominante no ensino médico, junto a residentes e internos, constitui-se na circulação pelo hospital em visitas aos leitos e discussões dos casos em andamento. Nestas discussões, há esperadas manifestações das dúvidas dos residentes, bem como as explicações (às vezes longas, e necessariamente feitas em tom claro e audível) dos tutores da equipe médica. Com isso, são comuns os grupos e aglomerações em pontos estratégicos do local, o que resulta em maior desconforto sonoro, tanto pelo nível do ruído quanto pelas possíveis distrações a outros profissionais do local.

A questão do ruído é discutida por Sanfelice (2011, p.34-46) como item que influencia e afeta as pessoas que trabalham no local, para a parturiente e para o recém nascido, impactando de forma habitual as práticas de humanização na assistência. Para as trabalhadoras e trabalhadores constantemente expostos, há potenciais reações fisiológicas (alterações de pressão, frequência cardíaca, função intestinal, entre outras) e psicológicas (prejuízo a concentração, maior irritabilidade e estresse), com incremento aos riscos de acidentes de trabalho (onde se pode incluir erros relacionados a preenchimento de formulários, administração de medicamentos, interpretação de informações), o que expande o risco em direção à segurança do paciente. Para as parturientes, a necessidade de privacidade, de descanso e conforto, de introspecção na vivência de um momento único pode ser prejudicada – tanto em dimensões subjetivas

quanto na disposição para um estado que permita melhores condições para o trabalho de parto ou para o repouso nos primeiros dias do puerpério. E para os recém nascidos, há impactos diversos: desde os relacionados a desconforto (que pode ser motivado pelos níveis de ruído), desencadeando choro e estresse, até os impactos em pressão sanguínea, alterações hormonais e conseqüentemente no desenvolvimento necessário em seus primeiros dias. Há iniciativas para abordar o assunto, e a figura a seguir ilustra uma campanha interna de conscientização.

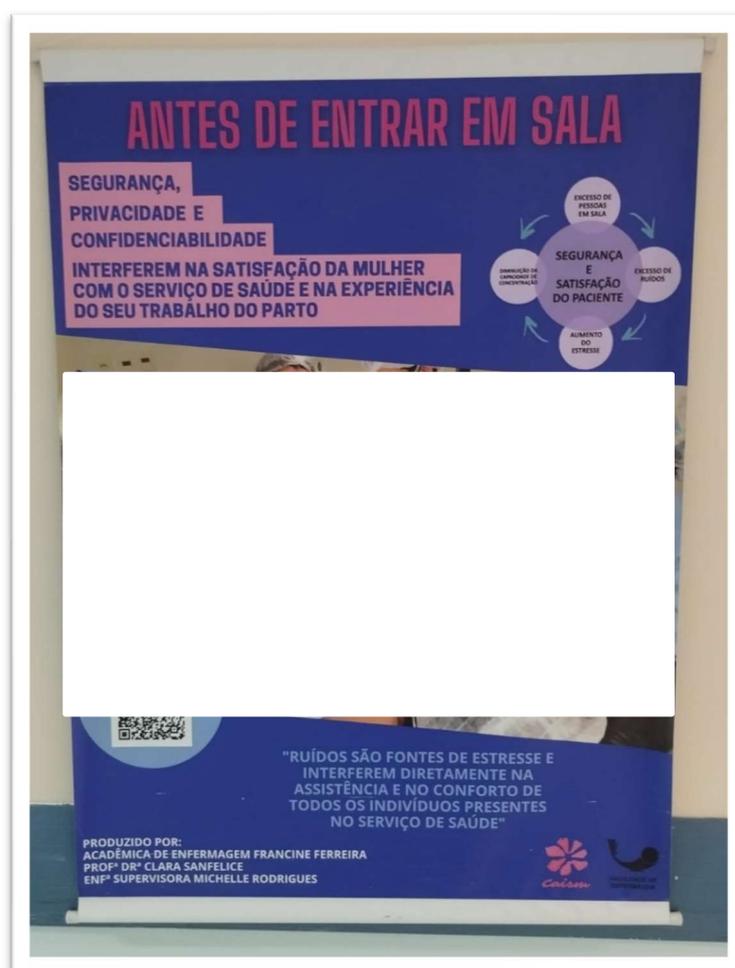


Figura 32. Banner afixado no corredor principal do C.O. O nível de ruído está diretamente relacionado aqui a aumento de estresse e influências sobre conforto e qualidade da assistência. Imagem editada pelo autor para preservar a imagem das pessoas que constam no banner.

Foram citadas iniciativas para a minimização deste tema, como o trecho de entrevista transcrito abaixo:

Então, por exemplo, as visitas clínicas. A gente tirou lá de dentro. Isso gerava ruídos desnecessários. Então, a gente sai da sala de aula, fica um médico lá em cima pra fazer a assistência direta [...] A visita era beira-leito, passava de criança pra criança, falando, sei lá, dez pessoas, falando, do lado da criança, do lado da mãe. [...] A hora que você diminui o barulho, a criança dorme, a enfermeira trabalha melhor, diminui as chances de erro.” (E03)

Uma necessidade espacial relevante e citada nas falas de algumas interlocutoras, é a demanda, reivindicada pela categoria de profissionais da Enfermagem, por uma área para desconpressão: um ambiente com mobiliário e equipamentos (copa, TV) que permitam o relaxamento de 15 minutos previsto por lei, de forma satisfatória e respeitosa, sem os imprevistos e inadequações, tão comuns nos hospitais brasileiros. Trata-se discussão bastante atual, visto que em março de 2023 foi publicada decisão do Supremo Tribunal Federal ⁹ ¹⁰ em julgar inconstitucional a Lei Estadual 17.234/2020, que objetivava estabelecer salas de desconpressão para enfermeiras, técnicas de enfermagem e auxiliares de enfermagem. Em relatos obtidos durante a pesquisa, o projeto foi citado como uma proposta positiva e de necessária atenção à profissão, bem como idealizações a respeito de implantação deste ambiente no CAISM: seu necessário distanciamento do Centro Obstétrico, algumas sugestões em equipamentos e mobiliário, e a inadequação da solução em uso no momento: a copa no corredor principal do C.O., e a impossibilidade de relaxamento e desconpressão ali, tanto pela carência de

⁹ Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo. Desrespeito: STF derruba salas de desconpressão da enfermagem no estado de São Paulo. 16/03/2023. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/noticias/desrespeito-stf-derruba-salas-de-descompressao-da-enfermagem-no-estado-de-sao-paulo/>. Acesso em 20/11/2023

¹⁰ Supremo Tribunal Federal. STEF começa a analisar exigência de salas de desconpressão para profissionais da enfermagem em SP. 09/03/2023. Disponível em <https://portal.stf.jus.br/noticias/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=503807&ori=1> Acesso em 20/11/2023

mobiliário adequado quanto pela indução a interrupções mesmo em momentos de rápido descanso.

Outra questão que é pertinente a elementos de arquitetura e mobiliário é a ambiência de áreas pertencentes à Neonatologia, onde por motivos de tratamento do recém-nascido, ou simplesmente acompanhamento no ganho de peso, ficam mães e bebês por alguns dias (ou semanas) após o parto. Foi citada a área da UCINCO (Unidade de Cuidados Intermediários Convencionais) como carente em mobiliário de repouso e amamentação para que a mãe fique de forma satisfatória com o bebê – situação descrita no trecho de entrevista a seguir:

[...] O UCINCO, cuidado intermediário convencional [...] É o bebê convalescente, ou com menos gravidade, que a mãe permanece, se ela quiser, 24 horas por dia, mas eu não consigo oferecer a cama. Eu ofereço com o poltrona [...] Então, se ela quiser ir embora para casa, ela vai e retorna no melhor horário possível para ela. [...] Mas, se ela quiser, e ela conseguir dormir em uma poltrona [...] Então, só o fato de oferecer uma poltrona mais adequada que seja reclinada, ela senta em uma “cadeira de bar”. [...] Então, ela fica com a criança assim, em geral, com toda a habilidade (N: entrevistado simula posição incômoda). E até a enfermagem conseguir fazer com que ela relaxe, que ela segure a perna, o peito em um certo tempo de acomodação. Então, hoje eu não ofereço condições. Eu nem posso pedir para ela ficar 24 horas por dia porque ela não tem a cama e não tem a poltrona. [...] uma carga de serviço poderia ser subtraída da enfermagem se a mãe tivesse condições de ficar ali. A mãe vai cuidar, ela vai colocar a fralda, ela vai ver a temperatura, ela vai ter o auxílio da enfermagem [...] No outro quarto, a mãe foi embora, a enfermeira tem que fazer, o técnico tem que fazer. (E03)

A fala acima constitui-se em mais um exemplo de situação de mobiliário insuficiente ou inadequado desdobrando-se em situação de desconforto para mãe e bebê e requerendo da enfermagem a aceitação de incremento à carga de trabalho habitual – esta carga, do ponto de vista da filosofia do atendimento, do ofício do cuidado, das arbitragens no uso de si, é normalmente assumida pela enfermeira.

Assunto que é menos impactante ao Centro Obstétrico, mas relevante em outros leitos do CAISM, é a falta de campainhas para que a paciente chame a Enfermagem. É tema que conecta a carência de um artefato (campainha ou sistema similar) com a dependência de maior nível de atenção constante por parte da Enfermagem, e o deslocamento das profissionais pelos locais de acesso para conferir as necessidades das pacientes que, impossibilitadas de chamar, à distância, aguardam o atendimento.

A gente tem uma dificuldade aqui [...] a gente nunca conseguiu um sistema de chamada eficiente, as campainhas, que o paciente chama a enfermagem e tal. [...] faz muita falta para a enfermagem isso, principalmente para a enfermagem, porque depende da enfermagem estar indo no quarto toda hora ou da paciente estar gritando, chamando. Hoje ela não tem nenhum sistema remoto, ela tem que ir. Ou a companhia chama, ou ela chama... Espera alguém passar e então... Entendeu? Então isso faz muita falta para a gente. É uma das dificuldades que a gente tem hoje. Não no centro obstétrico, mas nas enfermarias. (E05)

3.4. DISCUSSÕES

3.4.1. AS DINÂMICAS QUE ENTRELAÇAM OS FENÔMENOS PERCEBIDOS

Os fenômenos acima apresentados relacionam-se a uma determinada orientação da pesquisa, em busca de situações que se relacionem ao uso do espaço no Centro Obstétrico e sua relação com a atividade – e, fundamentalmente, há uma série de recortes e delimitações necessários à sua execução, à objetividade do processo e à disponibilidade de recursos, tempo investido e cronograma. É previsto que, nesta etapa, o pesquisador venha a refletir sobre ter ou não abordado outros departamentos, acrescentado outros interlocutores ou recorrer a dezenas de outros procedimentos e ferramentas para levantamento de dados e análise – mas consciente das limitações

naturais que uma pesquisa a nível de mestrado apresenta, passo então às discussões gerais sobre os fenômenos e relações percebidos.

Foi possível perceber o ambiente construído como um dos elementos que influi na atividade, combinado a fatores como a organização do trabalho, os riscos ocupacionais, os componentes psicossociais e subjetivos da atividade, a vulnerabilidade sócio-econômica do público atendido, as características culturais desta população, as limitações orçamentárias, as decisões da gestão em termos de prescrição do trabalho e nas tomadas de decisão frente a urgências do dia-a-dia. E, defrontando-se à realidade composta pelos fatores acima, a disponibilidade pessoal de cada pessoa que trabalha no local, que mobiliza, faz uso do corpo si de forma inédita a cada situação. Considerando um conjunto caracterizado por estes e outros elementos, em geral nas ciências humanas e sociais, não há como isolar qualquer um destes fatores: a análise é feita levando-se em consideração uma visão abrangente e integradora (holística) da dinâmica do Centro Obstétrico – o que nos leva a buscar enxergá-los como fenômenos multidimensionais.

De modo geral, nos acostumamos a explicações lineares de causa e consequência para todo tipo de fenômeno. Seria até esperado, em um trabalho relacionado a arquitetura, a argumentação em favor de alterações espaciais e a defesa de soluções técnicas ou meramente físicas, como a troca de mobiliário, o redirecionamento de determinados fluxos, a mudança de cores, etc., como a resposta às questões percebidas no campo. Não é objetivo desta pesquisa, nem faz parte das conclusões, sinalizar contra as iniciativas de caráter técnico ou pontual – foi possível perceber nos resultados diversas reivindicações pontuais legítimas como as campanhas para enfermagem, o atendimento às necessidades de infraestrutura para anestesia, ou mesmo a melhora na ambiência da área de pré-parto. Mas as discussões feitas aqui levam-nos a caminhos onde as soluções pontuais possam fazer parte de discussões globais, interdisciplinares e que tenham o olhar situado na atividade de trabalho, na voz dos atores envolvidos e na construção de diálogos participativos.

E ao falar sobre as iniciativas que possam apontar caminhos para as melhorias reivindicadas, é importante não perder de vista a integração dos fenômenos relatados dentro de uma realidade única, de forma que estes fenômenos se influenciam e podem se potencializar mutuamente: a insuficiência das salas ou a problemática do ar condicionado podem trazer mais interrupções à enfermeira no balcão de trabalho; as opções pela cesárea no pré-parto (possíveis desistências devido a ambiência ou a pressões familiares) podem provocar maior demanda às salas de parto e requerer mais esforços de gestão das equipes de obstetrícia, enfermagem e anestesia; o acúmulo de residentes, internos, acompanhantes e profissionais no C.O. pode aumentar os níveis de ruído e perturbar o descanso de mães, bebês e incrementar a carga de trabalho e o estresse no local.

3.4.2. O AMBIENTE (RE)CONSTRUÍDO NA ATIVIDADE

As primeiras fases deste trabalho, considerando a submissão do projeto ao processo seletivo do programa de Mestrado ICHSA, as leituras preliminares e o início da negociação no campo tinham um determinado viés, trazido pela minha formação em Arquitetura e Engenharia de Segurança do Trabalho: uma convicção no papel fundamental do projeto (e no ambiente construído) em atender necessidades e dar forma às atividades no espaço de trabalho e a premissa, implícita, de que um projeto deficiente fatalmente induziria os trabalhadores a riscos e inadequações na atividade. No decorrer da pesquisa, os debates, referências teóricas e as pessoas ouvidas e observadas em campo auxiliaram a reformular esta crença: anteriormente, estava implícita uma ideia gerencial, organizadora e paternalista de que o projeto, a engenharia, as lideranças hierárquicas e, de modo geral, as posições gerenciais, teriam a capacidade de projetar, organizar, enfim, prescrever com eficiência e eficácia como se desenvolve o trabalho em uma instituição – e que os desvios deveriam ser registrados. O trabalho de pesquisa apontou para diversas iniciativas de inventividade, de exercício do poder de agir, de potência individual e coletiva, na intervenção ativa junto aos espaços e artefatos, como

se as trabalhadoras e trabalhadores da área atuassem no ambiente construído de forma a reorganizar, reconfigurar, redimensionar e alterar funções conforme os objetivos mais diretos do trabalho: é o que podemos conceituar como o Ambiente (Re)Construído.

Ao abordar as diferentes formas de ação sobre o espaço, é possível voltar novamente ao debate de normas trazido pela Ergologia: o que o sujeito no trabalho faz frente às dificuldades presentes na tarefa? Frente a limitações de recursos, de mobiliário, de disponibilidade de espaços, qual a gama de opções envolvidas? Cada uma das intervenções citadas acima foi objeto de tomada de decisão e ação, individual e coletiva, após deliberações e confrontos entre valores pessoais e normas antecedentes (prescrição, história, cultura, organização). A atuação na saúde pública, convidando aqui a um recorte dos trabalhos na área do cuidado, com perfil predominantemente feminino, inserem a enfermeira, ou técnica de enfermagem que depara-se com determinada tarefa, a constantes debates e arbitragens que, via de regra, suscitam a mobilização de sua subjetividade, seus valores enquanto mulher (ou mãe quando aplicável), enquanto trabalhadora em busca do “trabalho bem feito”, enquanto única companhia de uma paciente sem acompanhante, por exemplo. Neste caso, o campo de pesquisa (centro obstétrico) contribuiu para observar, à luz da abordagem ergológica, sobre a pertinência do trabalho singularizado: as arbitragens, valores e ações são bastante pessoais sempre, em qualquer ofício; mas em uma maternidade estes valores e afetos manifestam-se claramente em diversas situações. E as formas de intervir no espaço fazem parte deste cenário.

Pode-se recordar algumas iniciativas: o empenho para manter o fluxo e monitoramento mesmo com a insuficiência de leitos da sala de RPA (pág. 84-86), a atenta gestão logística dos ambientes e as mobilizações para que a assistência possa ocorrer da melhor forma (pág. 76, 77, 81); as iniciativas para proteger psicologicamente a paciente (pag. 77) que passou por óbito fetal, buscando o quarto com maior privacidade, tirando o berço da visão desta paciente, desligando o monitor fetal cardiotocógrafo, entregando a esta paciente uma caixa de lembrança para auxiliar na passagem do luto; a utilização

de um túnel têxtil (pág.94) para proteger o recém nascido do ar condicionado nas salas de parto 1 e 2; a agilidade (baseada em treinamento, competências e soluções de mobiliário) em conseguir transformar, em alguns minutos, um quarto PPP em um quarto próprio para isolamento e precaução de contato (pág. 153).

Deve-se deixar claro que não se negam aqui a importância do projeto de arquitetura de qualidade, atento e detalhado; nem a execução dos espaços com a maior fidelidade possível ao projeto e à qualidade dos materiais e processos: são elementos importantes e indispensáveis. As constatações acima permitem relacionar os problemas decorrentes do espaço (insuficiências, inadequações, obsolescência) com a compensação em forma de carga de trabalho das pessoas que trabalham no local: ambiente menos adequado, mais esforços das trabalhadoras. Ao refletirmos sobre que tipo de espaço de trabalho, de relações de prescrição, de cuidado com o trabalhador seriam as mais adequadas, é clara a tendência por iniciativas que melhorem a qualidade dos projetos e espaços construídos, e tragam menos carga de trabalho (evitável) aos trabalhadores. Esta reflexão nos leva ao conceito de equilíbrio dinâmico dado pelos determinantes às situações de trabalho; conforme Gemma *et al.* (2021, p.351-352) se este balanceamento for favorável, os resultados para empresa/instituição e operadores será positivo; caso esta equação seja desfavorável, há consequências negativas relacionadas a qualidade, produtividade, segurança dos trabalhadores e pacientes, ou o exercício de um trabalho que não agrega sentido ou desenvolvimento de competências.

O debate acima coloca luz à necessidade de acrescentar ao processo de projeto e construção dos espaços duas premissas:

- A necessidade do projeto arquitetônico (e complementares) em considerar a voz, a visão, a opinião das trabalhadoras e dos trabalhadores em todas as posições hierárquicas; é afirmação que pode soar óbvia ou até que se assuma fazer frequentemente, mas a questão é: como enxergar o que o trabalhador vê? Como fomentar a discussão, provocar o surgimento de elementos invisíveis da atividade de trabalho? Esta pesquisa concede à base teórica da Ergonomia um importante papel na

descoberta dos elementos aqui relatados: não só em entrevistas, mas no processo de utilizá-las para construir um processo de observação, e depois formular as demandas ergonômicas (que nunca são dadas preliminarmente), para aí compor uma sistemática de observação do trabalho (que neste caso envolveu a Cronologia da Atividade), e em seguida elencar fenômenos com base em evidências coerentes e concretas. Com isso, nos permitimos concluir aqui sobre a relevância e a eficácia do uso da Análise Ergonômica como base para a elaboração de um adequado projeto arquitetônico, contribuindo nas primeiras etapas de pesquisa e de formulação do programa arquitetônico, de forma que o projeto seja nutrido de perguntas e demandas mais próximas do trabalho real.

- Conectada à necessidade de se ouvir o trabalhador, premissa igualmente importante é dar ao projeto flexibilidade e soluções que permitam aos usuários do espaço a execução de mudanças com agilidade – é a dificuldade que o CAISM enfrenta desde sua implantação devido ao conceito construtivo das edificações. Aqui concorrem (e se complementam) as soluções técnicas (layout flexível através de divisórias, mobiliário e instalações inteligentes) com as condutas políticas internas (grupos de discussão com possibilidade de intervenção, práticas de avaliação pós-ocupação, rotinas de feedback). São iniciativas que, reconhecidamente, não são de fácil aplicação na realidade de diversas organizações, mas que podem contribuir de forma relevante com espaços de trabalho adequados à realidade, qualidade nas relações de trabalho e atendimento, percepção de um clima organizacional aberto e participativo, entre outras contribuições.

A discussão acima permite lembrar o conceito de abordagem dialógica proposto por Béguin (2008, p.8), corroborando a premissa de que a concepção (de forma genérica: espaços, sistemas, objetos) é um processo social. Mas quão social, e como assegurar que seja um processo participativo, eficaz e de qualidade? São questões que só podem ser, da mesma forma, respondidas em um processo dialógico e coletivo, situado na realidade local do campo.

3.4.3. TRANSFORMAR O TRABALHO

Como desdobramento necessário, componente basilar da Ergonomia da Atividade, há que se passar da análise à etapa das recomendações para a transformação do trabalho: no caso específico desta pesquisa, em tópicos que articulam o trabalho e o uso do espaço. Foi possível constatar pelo exposto aqui, uma natureza recíproca de influências e intervenções entre as pessoas e os componentes espaciais: em outras palavras, as trabalhadoras e trabalhadores do Centro Obstétrico não são sujeitos passivos e submissos às prescrições do espaço, mas atores capazes de vivenciar o espaço, considerar as demandas da tarefa, elaborar estratégias e agir efetivamente na resposta ao requerido. Assim, o primeiro requisito a intervenções que tenham o objetivo de reconfigurar o espaço e promover melhorias efetivas, é a implantação de um diálogo entre as pessoas que trabalham no local e os responsáveis pelas instâncias técnicas e administrativas responsáveis pelas futuras alterações.

Embora esta pesquisa tenha conhecido, na fala dos sujeitos, uma série de observações (pontuais ou integradas), há que se demarcar em que medida são observações de resposta a uma pesquisa de mestrado; e o processo de diálogo e contribuições que é naturalmente enriquecido pela instituição de uma atividade de grupo realmente orientada ao tema, o que se constituiria em um dispositivo político de participação.

É neste processo que se discutiriam os elementos pontuais citados nas entrevistas: a infraestrutura para anestesia nos demais quartos, as possibilidades de redução dos ruídos e interrupções, a estrutura física e comunicacional que recebe pacientes e acompanhantes, entre tantos outros temas: as possibilidades de evolução e de descoberta de outros fenômenos não percebidos aqui são bastante promissoras.

4: CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa alcançou seus objetivos? O objetivo geral do projeto enunciava “compreender a relação entre a atividade de trabalho e o uso do espaço”; ao chegar nesta etapa, pode-se dizer que não há “ a relação”, mas um conjunto plural de relações: foram percebidas relações de potência das usuárias na intervenção no espaço; associações de dificuldades criadas pelo espaço, ou pelas instalações, no trabalho cotidiano; elos entre a privacidade (ou a falta dela) e as comunicações que facilitavam ou dificultavam o trabalho (no balcão da enfermagem isto ficou bem demonstrado).

Foi possível comprovar o potencial de contribuições da Análise Ergonômica do Trabalho, mesmo utilizada de forma não-canônica (selecionados os elementos pertinentes à pesquisa), na descoberta de situações relevantes que associavam espaço e atividade. Acredito que não teria sido possível formular a questão das interrupções no trabalho da enfermagem, ou visualizar os entraves logísticos entre os quartos, sem a prática da Ergonomia pela observação sistemática, situada no campo e atenta a relacionar o que era visto, o que era verbalizado, o que era interpretado e colocado à prova pela validação das trabalhadoras do C.O.

Em diversas ocasiões, das primeiras entrevistas até as etapas onde me situei no local - observando ou participando de conversas informais – foi possível compreender como as histórias de vida, os valores pessoais e representações de cada pessoa ali estão presentes na sua atividade, no modo como se mobilizam na situação de trabalho em relação a prioridades, adiamentos, cuidado e tolerância. À luz da Ergologia, foi possível relacionar, por meio de fragmentos e situações pontuais, como são frequentes os debates de normas e as arbitragens em um turno de trabalho.

Espera-se que este trabalho possa contribuir futuramente a iniciativas de projeto, reformas e avaliações do espaço de trabalho, seja no próprio Centro Obstétrico do CAISM, como em outras áreas da instituição ou em organizações externas. A fundamentação teórica se baseia justamente na adequação de procedimentos metodológicos a realidades locais. Uma maternidade privada em qualquer capital

brasileira pode receber contribuições de uma pesquisa feita em um centro obstétrico de uma instituição pública e ligada a ensino e pesquisa? As discussões e os fundamentos epistemológicos da Ergonomia nos asseguram que não haveriam, a priori, semelhanças e situações superficiais para um processo de “copiar e colar”; por outro lado, apontam para a relevância de utilizar esta mesma base teórica para construir um processo adequado ao local de análise (situada), construção da demanda ergonômica, métodos de observação e registro e processos de validação e contribuições. Há ainda potencial para contribuições fora do tema espaço / ambiente construído: aspectos organizacionais, subjetivos, psicossociais e outros tantos foram presença constante ao longo deste estudo, e registraram-se aqui pontos pertinentes ou interessantes a respeito.

Faz parte destas considerações finais assumir também seu caráter de recorte, de escolha consciente de certo campo de pesquisa e de um determinado conjunto de fragmentos que direcionaram a investigação à atividade da Enfermagem no Centro Obstétrico. Desta forma, há outros temas que esta pesquisa tangenciou mas que, naturalmente, não houve a intenção de aprofundamento: são apontadas aqui direções igualmente interessantes, para futuras pesquisas, no enfoque mais específico a outros profissionais do C.O. como obstetras, anestesistas, neonatologistas, bem como aqueles pertencentes a outros setores do CAISM. Complemento ainda com, tendo já citado anteriormente, as possibilidades de pesquisa que abordem qualitativamente gestantes e acompanhantes na busca pelas relações entre a decisão da via de parto e as condicionantes presentes na vulnerabilidade sócio-econômica e aspectos contemporâneos relacionados a trabalho (autônomo, precarizado, não linear) e rede de apoio.

Para uma adequada introdução ao final desta pesquisa, é interessante relembrar o início das negociações para definição do local de pesquisa e sua evolução. A primeira questão colocada, já relacionada a ergonomia, foi bastante pontual: a viabilidade da troca de mobiliário (cama de parto), e as possibilidades de análise de um novo modelo quanto a desempenho, conforto e versatilidade no trabalho de parto. Para mim, vindo

das áreas de arquitetura e design, com experiências profissionais nas áreas de mobiliário para escritórios, auditórios, arquivos e equipamentos industriais, parecia um caminho linear e confortável. Esta previsibilidade foi felizmente desconstruída, conforme avançada nas referências teóricas basilares da Ergonomia, da Ergologia e da Psicodinâmica do Trabalho, incluindo discussões de orientação e no grupo de estudos Ergolab. E, já no campo, à medida que tive contato com as pessoas que trabalham no local, e que tão generosamente se dispuseram a colaborar com a pesquisa, fui apresentado a uma realidade complexa fascinante e promissora como objeto de estudo. A delimitação deste objeto em um Centro Obstétrico me impôs um novo desafio: a familiarização com o universo do parto, da assistência humanizada, dos termos médicos, da gestão hospitalar, entre tantos outros assuntos que antes conheci apenas como paciente, cliente ou usuário, e que, me assumindo como leigo nestes assuntos, passei a buscar informação em bibliografia introdutória, documentários, artigos e até vídeos de profissionais destas áreas mostrando sua rotina nas redes sociais. Creio que, como experiência adicional, o processo de “começar do zero” em determinado campo me proporcionou experiência e segurança para futuros desafios científicos ou profissionais de campos igualmente distantes da minha realidade.

O tempo no CAISM me permitiu testemunhar processos de formação e desenvolvimento: residentes, internas e internos, estagiárias e estagiários, profissionais de diversos campos que têm ali a oportunidade de construir-se, pessoalmente e profissionalmente. É neste lugar que, também, mulheres e homens tornam-se mães, pais, avós - é também, metaforicamente, onde se possibilitam diversos nascimentos.

É aqui que agora me incluo, no papel de aprendiz, na formação e desenvolvimento como pesquisador, grato ao CAISM pela rica experiência.

Ou melhor: às pessoas que fazem o CAISM!

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRAHÃO, J.I., SZNELWAR, L., SILVINO, A., SARMET, M. e PINHO, D.. **Introdução à Ergonomia: da prática à teoria**. São Paulo: Edgard Blucher, 2009.
- ALBUQUERQUE, Y., PROENÇA, R.P., HECK, A.P., LUZ, C.M.. **Ambiência de unidade de alto risco em maternidade pública: uma abordagem ergonômica**. Arquivos Catarinenses de Medicina, 45 (1), p.65-77, 2016.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo, SP: Edições 70, 2011. 279 p.
- BÉGUIN, P. **Argumentos para um abordagem dialógica da inovação**. Laboreal, 4 (2), p. 72-82. Disponível em: <https://journals.openedition.org/laboreal/pdf/11392> Acesso em 10/05/2023.
- BITENCOURT, F.; BARROSO-KRAUSE, C. **Centros de Parto normal: componentes arquitetônicos de conforto e desconforto**. In ANAIS DO I CONGRESSO NACIONAL DA ABDEH – IV Seminário de Engenharia Clínica. Salvador, 2004.
- BITENCOURT, F.; COSTA, M. **A arquitetura do ambiente de nascer: aspectos históricos**. Revista DISSERTAR, n.5. Rio de Janeiro, 2003. p.12-15.
- BRAATZ, D. **Suportes de simulação como objetos intermediários para incorporação da perspectiva da atividade na concepção de situações produtivas**. 2015. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, p.247. 2015.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Ciencia, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal**. 2017. 51p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf Acesso em 29/12/2023.

- CAMPELO, T. **Ambiência no cuidado integral e humanizado ao recém-nascido hospitalizado**: a importância do projeto arquitetônico com olhar além do espaço físico. Dissertação (Mestrado em Arquitetura e Urbanismo) – Centro Universitário de Brasília – UniCEUB. Brasília, p.261. 2019.
- CAMPOS, L. de F.; MELO, M. R. A. da C.; TELLES FILHO, P. C. P. **Ergologia como referencial teórico: possibilidades para assistência e pesquisa em enfermagem**. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro, [S. l.], 2015. Disponível em: <http://seer.ufsj.edu.br/recom/article/view/613>. Acesso em: 17/01/2024.
- CERF, M.; VALLÉRY, G.; BOUCHEIX, J. **As atividades de serviço: desafios e desenvolvimentos**. In FALZON, P. Ergonomia. São Paulo: Edgard Blucher, 2007. p.485-499.
- CHRISTÓFORO, F. **Nascer na região metropolitana de Campinas: avanços e desafios**. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, SP. 174p.
- CLOT, Y. **Trabalho e poder de agir**. Belo Horizonte, Fabrefactum Editora, 2008.
- COELHO, G. **A arquitetura e a assistência ao parto e nascimento: Humanizando o espaço**. Dissertação (Mestrado em Arquitetura) – Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, p.140. 2003.
- COTRIM, N. **Proposta de método para análise de qualidade ambiental e humanização em maternidades. Estudo de caso: Maternidade Nascer Cidadão**. Dissertação (Mestrado em Projeto e Cidade) – Universidade Federal de Goiás. Goiânia, p.162. 2019.

DANIELLOU, F. **Prefácio**. In BRAATZ, D.; ROCHA, R.; GEMMA, S. Engenharia do Trabalho: saúde, segurança, ergonomia e projeto. Santana do Parnaíba: Ex Libris Comunicação, 2021. p.05-18.

DEJOURS, C. **A avaliação do trabalho submetida à prova do real**. In DEJOURS, C.; SZNELWAR, L.; MASCIA, F29. Avaliação do trabalho submetida à prova do real: crítica aos fundamentos da avaliação. São Paulo: Edgard Blucher. 2008.

DEJOURS, C. (2005). **O fator humano**. Rio de Janeiro. Editora FGV.

DINIZ, C. **Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento**. Ciência & Saúde Coletiva, v.10, n.3. São Paulo, SP. 2005. P.627-637.

DURAFFOURG, J., [debate com DUC, M., DURRIVE, L.] **O trabalho e o ponto de vista da atividade**. In: SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L. (org) Trabalho & ergologia: conversas sobre a atividade humana. Niterói: EDUFF, 2021.

ELALI, G. **Relações entre o comportamento humano e ambiência: uma reflexão com base na Psicologia Ambiental**. In: Colóquio Internacional Ambiências Compartilhadas: cultura, corpo e linguagem. Anais do Colóquio Internacional Ambiências Compartilhadas. Rio de Janeiro. ProArq-UFRJ, 2009, p.1-17.

FALZON, P. **Ergonomia**. São Paulo: Edgard Blucher, 2007.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. **Classificação de Robson**. Rio de Janeiro, 2018. Inclui apresentação em PowerPoint (32 p.). Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/29751> . Acesso em 13/01/2024.

GARBOGGINI, F. **O potencial dos espaços abertos na qualificação urbana: uma experiência piloto na Cidade Universitária Zeferino Vaz**. Tese (Doutorado em

- Arquitetura, Tecnologia e Cidade) – Faculdade de Engenharia Civil, Arquitetura e Urbanismo. Universidade Estadual de Campinas. Campinas, p.281. 2012.
- GEMMA, S.; ABRAHÃO, R.; LIMA, F.; TERESO, M. **Abordagem ergonômica centrada no trabalho real.** *In:* Engenharia do Trabalho: saúde, segurança, ergonomia e projeto / Daniel Braatz, Raoni Rocha e Sandra Gemma (org.). Santana de Parnaíba, SP: Ex Libris Comunicação, 2021. P.343-362.
- GUÉRIN, F., LAVILLE, A., DANIELLOU, F., DURAFFOURG, J., KERGUELEN, A. **Comprender o trabalho para transformá-lo: a prática da ergonomia.** São Paulo: Edgard Blucher, 2001.
- HOLZ, E.; BIANCO, M. **O conceito de trabalho na ergologia: da representação à atividade.** Trabalho & Educação, Belo Horizonte, v.23, n.2, p.157-173, 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/trabedu/article/view/9260> . Acesso em 03/01/2024.
- HALL, E. **A dimensão oculta.** São Paulo: Editora Martins Fontes, 2005.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Orientações para elaboração de projetos arquitetônicos.** Rede Cegonha: ambientes de atenção ao parto e nascimento. Brasília, DF. Brasil, 2018.
- MINAYO, M. **Interdisciplinaridade: uma questão que atravessa o saber, o poder e o mundo vivido.** Medicina. Ribeirão Preto. v.24, n.2, p.70-77. 1991.
- MINAYO, M. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo, SP: Hucitec, 2010, 407 p.
- MINAYO, M. **O desafio da pesquisa social.** *In:* Pesquisa social: teoria, método e criatividade / Suely Ferreira Deslandes, Romeu Gomes; Maria Cecília de Souza Minayo (org.). Petrópolis, RJ: Vozes, 2012. P. 09-29.

MOLINIER, P. **Salud y trabajo em trabajadores hospitalários: cultura de la gestión, cultura del cuidado, una conciliación possible?** In WLOSKO, M.; ROS, C. El trabajo entre el placer y el sufrimiento. Lanus: Universidad Nacional de Lanus, 2019. p.145-164.

MORAES, Miriane; MENDES, Davidson; MORAES, Geraldo Fabiano de Souza. **Estudo bibliométrico sobre o trabalho da enfermagem no âmbito da ergologia.** Linhas Críticas, Brasília, v. 28, jan. 2022. Disponível em <http://educa.fcc.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-04312022000100133&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 18 jan. 2024.

MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo.** Porto Alegre: Sulina, 2005.

NAKANO, A.; BONAN, C; TEIXEIRA, L. **A normalização da cesárea como modo de nascer: cultura material do parto em maternidades privadas no Sudeste do Brasil.** Physis: Revista de Saúde Coletiva, v.25, n.3, 2015. Disponível em <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icic/18595>. Acesso em 27/12/2023.

NELO, V., MENEZES, G., REBELO, V., MARINHO, D. **Análise da qualidade de vida no trabalho: estudo de caso em um hospital maternidade no Estado de Alagoas.** In II Simpósio Nacional de Engenharia de Produção, 2019, Dourados-MS.

NEVES DA SILVA, C. **A Casa de Parto do Rio de Janeiro: referência de atendimento ao parto humanizado e de resistência aos percalços da gestão pública.** Revista IPH, v.16. p. 41-66. 2019.

NEVES DA SILVA, C. **Ergonomia aplicada na qualificação da ambiência do espaço de nascer.** Revista SUSTINERE. v.6, n.1, p.150-174. 2018.

PACAGNELLA, R. **O 'DNA' do CAISM.** Fonte eletrônica. Disponível em :

www.caism.unicamp.br/index.php/blog-2/225-o-dna-do-caism. Acesso em 15/11/2023.

PACAGNELLA, R. **Morbidade materna grave: explorando o papel das demoras no cuidado obstétrico**. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, SP. 2011. 116 p. Disponível em: <https://hdl.handle.net/20.500.12733/1616404>. Acesso em 27/12/2023

PARKINSON, T.; SCHIAVON, S.; DE DEAR, R. e BRAGER, G. **Overcooling of offices reveals gender inequity in thermal confort**. Sci Rep 11, 23684 (2021). Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41598-021-03121-1> . Acesso em 11/01/2024

PASCHE, D.F.; PESSATTI, M.; ACCIOLI, L.; MATÃO, M.E.L.; SOARES, D.B., CARAMASCHI, A.P.C. **Transição do modelo de ambiência em hospitais que realizam partos na Rede Cegonha**. Revista Ciência e Saúde Coletiva, v.26, n.3. 2021. Disponível em: <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/transicao-do-modelo-de-ambiencia-em-hospitais-que-realizam-partos-na-rede-cegonha/17916?id=17916>. Acesso em 03/12/2023.

PORTELA, R. S., LEMOS, T.A., MARQUES, K. S., MARQUES, B.B., ROCHA, I.M., RIBEIRO, L.M., CARVALHO, A.F.M., CARVALHO, G.D., SILVA, M.A., FEITOSA, M.C. **Análise ergonômica da UTI Neonatal e a sua influência sobre as lesões nos profissionais de saúde**. Research, Society and Development, v.10, n.9. 2021.

PAIVA, A.C., OLIVEIRA, D.S., SILVA, M.A.C., MAIA, M.A., ALVES, M. **Interrupções do trabalho do enfermeiro e na segurança do paciente**. Revista de Enfermagem UFPE online, v.13, n.1, p.01-11, 2019.

ONO, R.; VILLA, S.; ABATE, T.; BARBOSA, M.; FRANÇA, A; ORNSTEIN, S. **Métodos qualitativos para a aferição da percepção dos usuários**. In: ONO, R.; ORNSTEIN,

S., FRANÇA, A.; VILLA, S. Avaliação pós-ocupação: na arquitetura, no urbanismo e no design: da teoria à prática. São Paulo, Oficina de Textos, 2018, p. 121-134.

ORNSTEIN, S.; ONO, R.; VILLA, S.; FRANÇA, A. **Avaliação pós-ocupação (APO) aplicada à realimentação do processo de projeto**. In: ONO, R.; ORNSTEIN, S., FRANÇA, A.; VILLA, S. Avaliação pós-ocupação: na arquitetura, no urbanismo e no design: da teoria à prática. São Paulo, Oficina de Textos, 2018, p. 19-48.

OSIS, M. **Atenção integral à saúde da mulher, o conceito e o programa: história de uma intervenção**. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Estadual de Campinas. Campinas – SP. p.186. 1994.

RIBEIRO, G.; PIRES, D.; SCHERER, M.D.A. **Contribuições teórico-metodológicas da ergologia para a pesquisa sobre o trabalho da enfermagem**. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2019. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/tce/a/DhxJx4ccqWCq5PWHFFDqVVh/?lang=pt#>

Acesso em 17/01/2024.

ROCHA, J. **Humanização de maternidades públicas: um estudo sobre a arquitetura das enfermarias de alojamento conjunto**. Dissertação (Mestrado – Programa de pós graduação em Arquitetura) – Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, p.222, 2010.

ROQUETE, F.; AMORIM, M.; BARBOSA, S.; SOUZA, D. & CARVALHO, D. **Multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade: em busca de diálogo entre saberes no campo da saúde coletiva**. *Recom*, n.2, v.3. P.463-474, 2012.

SANFELICE, C. **Ruído em sala de parto: mensuração dos níveis e humanização da assistência.** Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, SP. 2011, 104 p. Disponível em: <https://repositorio.unicamp.br/acervo/detalhe/804073>. Acesso em 13/01/2024.

SANTIAGO, A. **Análise espaço-temporal das condições da assistência obstétrica e neonatal na Região de Saúde da Feira de Santana – Bahia.** Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, SP. 2019, 144p. Disponível em <https://hdl.handle.net/20.500.12733/1635577>. Acesso em 02/01/2024.

SASSAKI, R.; PERROCA, M.; **Interrupções e seus efeitos sobre a dinâmica de trabalho do enfermeiro.** Revista Gaúcha de Enfermagem, v.38, n.2, 2017. Disponível em: <seer.ufrgs.br/index.php/rgenf/article/view/67284>.

SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L. (org) **Trabalho & ergologia: conversas sobre a atividade humana.** Niterói: EDUFF, 2021.

SEGAUD, M. **Antropologia do Espaço: habitar, fundar, distribuir, transformar.** São Paulo: Edições SESC SP, 2016.

SILVA, G. **Desenho de pesquisa.** Brasília: ENAP, 2023.

SZNELWAR, L.; LANCMAN, S. **Análise do trabalho e serviço de limpeza hospitalar: contribuições da ergonomia e da psicodinâmica do trabalho.** Revista Produção, v.14, n.3, p.45-57, 2004.

TRINQUET, P. **Ergologia: compreender a atividade humana para transformá-la.** Belo Horizonte: FAE/UFMG, 2022.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS – Diretoria Executiva de Planejamento Integrado; Thalita dos Santos Dalbello (org). **Plano Diretor Integrado da UNICAMP: 2021-2031; uma visão de futuro para os campi**. Fonte Eletrônica. Disponível em:

<https://econtents.bc.unicamp.br/omp/index.php/ebooks/catalog/view/142/147/530> .

Acesso em 03/09/2023.

VASCONCELOS, E.M. **Complexidade e pesquisa interdisciplinar: Epistemologia e metodologia operativa**. Petrópolis: Vozes, 2002.

VERGARA, L. **Ambiente Construído**. In: Dicionário de ergonomia e fatores humanos [livro eletrônico]: o contexto brasileiro em 110 verbetes. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Ergonomia – ABERGO, 2023.

VIDAL, M.; BONFATTI, R.; CARVÃO, J. **Ação ergonômica em sistemas complexos: Proposta de um método de interação orientada em situação: a conversa-ação**. *Ação Ergonômica*, v.1, n.3, p.39-64, 2002.

VIELLAS, E.; DOMINGUES, R.M.S., DIAS, M.A.B., GAMA, S.G., THEME FILHA, M., COSTA, J.V., BASTOS, M.H., LEAL, M. **Assistência pré-natal no Brasil**. *Caderno Saúde Pública*, v.30, 2014. P. 85-100. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/27957>. Acesso em 02/01/2024.

VILELA, R.; SILVA, R.; JACKSON FILHO, J.M. **Poder de agir e sofrimento: estudo de caso sobre Agentes Comunitários de Saúde**. *Revista Brasileira de Saude Ocupacional*, São Paulo, v.35, n.122, p.289-302, 2010.

VILLA, S.; ONO, R.; FRANÇA, A.; ORNSTEIN, S. **Procedimentos metodológicos**. In: ONO, R.; ORNSTEIN, S., FRANÇA, A.; VILLA, S. Avaliação pós-ocupação: na arquitetura, no urbanismo e no design: da teoria à prática. São Paulo, Oficina de Textos, 2018, p. 81-94.

VOORDT. T.; WEGEN, H. **Arquitetura sob o olhar do usuário**. São Paulo: Oficina de Textos, 2013.

WISNER, A. **Questões epistemológicas em Ergonomia e em Análise do Trabalho**. In: DANIELLOU, F. A ergonomia em busca de seus princípios: debates epistemológicos. São Paulo: Edgard Blucher, 2004. p.29-56.

WISNER, A. **Understanding problem building: ergonomic work analysis**. *Ergonomics*, 38:3, 1995, p.595-605.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Caring for those who care: National Programmes for Occupational Health for Health Workers. Policy Brief. Geneva, 2020. Disponível em: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_dialogue/---sector/documents/publication/wcms_824090.pdf . Acesso em 08/02/2024.

APÊNDICE I

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA – REVISÃO 01

1. OBJETIVOS

Com a aplicação destinada às chefias dos setores de Atendimento/Recepção, Obstetrícia, Anestesia, Neonatologia e Enfermagem, estas entrevistas terão como objetivo o conhecimento inicial das operações no Centro Obstétrico do CAISM, buscando a visão de cada setor e a estrutura no desenvolvimento de suas atividades. Com as respostas obtidas nesta etapa, será organizada nesta pesquisa uma delimitação espacial (no sentido de quantificar e qualificar as áreas ocupadas pelos processos de trabalho) e o desenho inicial das interações entre as equipes do Centro Obstétrico. A classificação deste roteiro de entrevista como Semi-Estruturado deve-se à possibilidade de algumas respostas abrirem questões relevantes sobre o objeto de pesquisa, como particularidades no uso dos espaços. Com isso, durante a entrevista poderão ser acrescentadas questões suplementares não previstas inicialmente. Pressupõe-se que, a depender do departamento e função do entrevistado, haja maior ou menor enfoque na relação com determinados ambientes.

2. ESTRUTURA E DETALHAMENTO

Após a aplicação do TCLE (**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**), a entrevista semi-estruturada prosseguirá da seguinte forma:

a) QUESTÕES INTRODUTÓRIAS

- Qual a sua formação, experiência profissional e trajetória até aqui? (*é mais interessante o foco na trajetória, desenvolvimento de interesses e construção de competências*)
- Como se estrutura a equipe do seu setor? (formação, função, atividades e turnos de trabalho)
- Relacione, de forma básica, as atividades de trabalho desempenhadas pela equipe. A princípio, as que julgar mais relevantes nesta etapa introdutória.

b) QUESTÕES EXPLORATÓRIAS - PROCESSOS DE TRABALHO

- Como se dá a apresentação da demanda de trabalho junto a este setor?
- Como se organizam os profissionais a partir do recebimento da demanda? (Esta questão busca entender, assim que recebem a demanda, quais são os profissionais que desempenharão determinada atividade, que equipamentos terão em mãos, ou disponíveis imediatamente, e que espaços ocuparão)
- Quais as dificuldades percebidas no desempenho da atividade de trabalho?

Busca-se aqui conhecer dificuldades percebidas, ou relatadas pela equipe, em áreas como:

- Dificuldades e riscos no âmbito psicossocial;
- Comunicação (formulários, quadros de informação, demandas verbais, etc.);
- Segurança do paciente (física e psicológica);
- Qualidade e eficiência do cuidado clínico;
- Segurança do trabalho e prevenção de acidentes (EPIs, esforços físicos, margens de manobra no trabalho, etc.)
- Suporte administrativo
- Demanda de ensino no ambiente da unidade
- Avaliação de desempenho e carreira
- Dimensionamento das equipes nos diferentes turnos
- Outras áreas onde julgar relevante.

c) QUESTÕES EXPLORATÓRIAS - ESPAÇO FÍSICO, MOBILIÁRIO, EQUIPAMENTOS

- Quais as áreas ocupadas pelas atividades do seu setor? (estendendo sua resposta a mobiliário e equipamentos)
- Agora, especificamente sobre o uso dos espaços, relatar o que puder sobre as dificuldades encontradas, considerando, por exemplo, necessidades de espaço,

circulação, proximidade ou sequenciamento, áreas de apoio, sinalização / comunicação e aspectos de conforto (acústica, iluminação, temperatura, aspecto visual, entre outros)

d) QUESTÕES FINAIS

- Além do já citado em suas respostas anteriores, há alguma ideia de melhoria, ou sugestão (sua ou recebida de sua equipe), relacionada a melhorias nos assuntos abordados?

- O objetivo deste projeto é conhecer *in loco* a atividade de trabalho. Solicitamos a gentileza de indicar, ou recomendar, quais processos ou profissionais de sua equipe serão importantes acompanhar durante o trabalho.

- Recomendaria outros membros do CAISM para a realização desta entrevista?

- Agradecimentos do entrevistador e finalização.

APÊNDICE II

TÓPICOS PARA ENTREVISTA AO SUPERINTENDENTE EM 31/07/2023

- A) CAISM: projeto dos anos 80, não idealizado como hospital. Ao longo do tempo, face a necessidades de modernização, expansão da capacidade e dos serviços, as transformações ocorreram dentro de um espaço já delimitado, com foco em ganho nos espaços internos – situação q também se vê em hospitais antigos, localizados em áreas urbanas das nossas cidades. Isto possivelmente acarreta em mais obstaculos e dificuldades para o atendimento a novas demandas, que podem demorar mais em temos de tempo, ou de estudo de alternativas viáveis. Que problemas este cenário acarreta, ou acarretou, para o trabalho no hospital?
- B) Gestão dos recursos do hospital x humanização do atendimento: há práticas de humanização que impactam positivamente todos os elementos que a envolvem, tanto em seu objetivo principal (saúde da mulher, do RN, satisfação e recuperação/alta) quanto em reflexos economicos e administrativos (menores tempos de permanencia no hospital). Há também práticas que, na direção de um atendimento humanizado, envolvem discussões sobre recursos (financeiros, espaciais, profissionais). Como se dá este debate na gestão do CAISM ?
- C) A questão da CROSS: o CAISM alinhado às diretrizes do SUS. Seria interessante entender a gama de impactos relacionados a este aumento da complexidade dos casos atendidos (tecnologias, recursos, competências, uso do espaço, etc...).
- D) As demandas relacionadas a espaço físico:
- como são formuladas?
 - a partir daí, como são avaliadas ?
 - possíveis encaminhamentos / viabilização
- E) Futuros projetos do CAISM 2023-2024.

APÊNDICE III

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Ergonomia em ambiente hospitalar: a análise da atividade, do espaço construído e da organização do trabalho em centro obstétrico

Murilo Rodrigues Maluf (mestrando)

Sandra Francisca Bezerra Gemma (orientação)

Eliana Martorano Amaral (coorientação)

Número do CAAE: 66963922.3.0000.8142

Você está sendo convidado a participar como voluntário de uma pesquisa. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa informar seus direitos como participante e é elaborado em duas vias, uma que deverá ficar com você e outra que ficará com o pesquisador.

Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Se preferir, pode levar este Termo para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo se você não aceitar participar ou retirar sua autorização em qualquer momento.

Justificativa e objetivos:

O trabalho em ambiente hospitalar apresenta variados desafios aos seus profissionais: alto nível de complexidade, frequente estresse e recursos limitados para

sua execução – como por exemplo o espaço utilizado, equipamentos e dispositivos. A busca por melhorias e transformações positivas no trabalho passa por questões relacionadas ao uso do espaço e à organização do trabalho, justificando assim a necessidade de pesquisas aprofundadas neste campo.

Esta pesquisa tem como objetivo compreender, no Centro Obstétrico do CAISM, como é a relação entre a organização do trabalho, o uso do espaço e a atividade exercida pelos profissionais do local. Os relatos dos trabalhadores do CAISM são ferramenta importante para a compreensão e formulação das hipóteses desta pesquisa.

Procedimentos:

Sua participação no estudo, se aceita, consistirá em:

- a) Responder a uma entrevista semiestruturada relacionada à organização do trabalho, uso do espaço e desenvolvimento de processos em sua atividade. Esta entrevista será gravada em áudio, além da escrita de notas pelo pesquisador. A estimativa de duração máxima é de trinta minutos, e será realizada em sala dentro do CAISM.
- b) Para alguns casos, a observação da atividade de trabalho, com o objetivo de entender os processos durante sua ocorrência: organização, procedimentos, sequenciamento de tarefas, higienização de instrumentos, interações com outros profissionais e movimentação de equipamentos, por exemplo.
- c) Responder a uma entrevista de validação, a ocorrer algumas semanas após as etapas acima, onde poderá confirmar ou não algumas hipóteses formuladas pelo pesquisador, sobre os dados obtidos. A estimativa de duração máxima é de trinta minutos, e será realizada em sala dentro do CAISM.

Vale ressaltar, que durante toda esta coleta de dados, as informações pessoais coletadas não serão compartilhadas de maneira individual e/ou identificável com

outras pessoas. Com isso, todos os seus dados privados serão mantidos em sigilo. O que for apresentado na pesquisa preservará o anonimato dos sujeitos participantes.

O conteúdo das anotações, gravações e arquivos de áudio e vídeo serão armazenados em dispositivos físicos, sob responsabilidade da equipe da pesquisa por um período de 5 (cinco) anos. A forma de armazenamento será em meio físico, em unidade de armazenamento tipo HD externo, em local de guarda na própria FCA UNICAMP, no Laboratório de Ergonomia, Saúde e Trabalho, Sala UL100 A.

Os pesquisadores declaram aqui o compromisso de iniciar a pesquisa apenas após a aprovação do protocolo de pesquisa no CEP.

Você não deve participar deste estudo se sentir-se desconfortável em fornecer respostas sobre sua atividade de trabalho, ou se considerar que haja danos potenciais no fornecimento de respostas – tendo a possibilidade de responder em parte das questões da pesquisa.

Desconfortos e riscos:

O fornecimento de respostas pelo participante, durante a coleta de dados desta pesquisa, pode causar desconforto em termos de tempo utilizado para sua aplicação, bem como o esforço envolvido na elaboração de respostas sobre sua atividade de trabalho. Afora os fatores citados acima, a pesquisa não apresenta riscos previsíveis no fornecimento das respostas.

Adicionalmente, há cuidados para evitar o vazamento de dados da pesquisa: Você tem garantia que sua identidade será mantida em sigilo, e dados e/ou informações identificadas ou identificáveis não serão fornecidos a pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. Na divulgação dos resultados deste estudo, informações que possam identificá-lo(a) não serão mostradas ou publicadas.

Benefícios:

Ao participar desta pesquisa você terá um espaço para refletir e se expressar sobre o próprio trabalho, trazendo contribuições no âmbito individual (a partir do exercício de reflexão sobre sua prática profissional à luz da Ergonomia) e no âmbito coletivo (ao participar de uma prática de observação que buscará conclusões sistêmicas relevantes e as possibilidades de melhorias em diversas dimensões da organização).

Sigilo e privacidade:

Você tem garantia que sua identidade será mantida em sigilo, e dados e/ou informações identificadas ou identificáveis não serão fornecidos a pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. Na divulgação dos resultados deste estudo, informações que possam identificá-lo(a) não serão mostradas ou publicadas.

Ressarcimento e Indenização:

A equipe de pesquisa garante que você não terá qualquer custo. Qualquer custo que você tiver para participar da pesquisa, previsto ou não, não importando a natureza do custo, será ressarcida pela equipe de pesquisa.

Você terá a garantia ao direito a indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa quando comprovados nos termos da legislação vigente.

Acompanhamento e assistência:

A qualquer momento os participantes poderão entrar em contato com os pesquisadores para esclarecimentos e assistência sobre qualquer aspecto da pesquisa, através dos contatos abaixo. Você receberá assistência integral e imediata, de forma gratuita, pelo tempo que for necessário em caso de danos decorrentes da pesquisa.

Contato:

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, se precisar consultar esse registro de consentimento ou quaisquer outras questões, você poderá entrar em contato com os pesquisadores pelos canais abaixo

- Laboratório de Ergonomia, Saúde e Trabalho (ERGOLAB), sala UL 100 da Faculdade de Ciências Aplicadas da Universidade Estadual de Campinas (FCA/UNICAMP) - Rua Pedro Zaccaria, 1300, Caixa Postal 1068, CEP 13484-350, Limeira, SP - Telefone (19) 3701-6754.

- Murilo Rodrigues Maluf, pós-graduando no Mestrado interdisciplinar em Ciências Humanas e Sociais Aplicadas da Faculdade de Ciências Aplicadas da UNICAMP, telefone (19) 98882 1802, e-mail: murilormaluf@gmail.com .

- Sandra Francisca Bezerra Gemma, professora doutora do Mestrado interdisciplinar em Ciências Humanas e Sociais Aplicadas da Faculdade de Ciências Aplicadas da UNICAMP, e-mail: sandra.gemma@fca.unicamp.br.

Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação e sobre questões éticas do estudo, você poderá entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais (CEP-CHS) da UNICAMP das 08h30 às 11h30 e das 13h00 às 17h00 na Rua Bertrand Russell, 801, Bloco C, 2º piso, sala 05, CEP 13083-865, Campinas – SP; telefone (19) 3521-6836; e-mail: cepchs@unicamp.br.

Havendo a necessidade de intermediação da comunicação em Libras você pode fazer contato com a Central TILS da Unicamp no site <https://www.prg.unicamp.br/tils/>.

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

O papel do CEP é avaliar e acompanhar os aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. A Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), tem

por objetivo desenvolver a regulamentação sobre proteção dos seres humanos envolvidos nas pesquisas. Desempenha um papel coordenador da rede de Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs) das instituições, além de assumir a função de órgão consultor na área de ética em pesquisas

Consentimento livre e esclarecido:

Após ter recebido esclarecimentos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, aceito participar:

Nome do(a) participante:

_____ Data: ___/___/___.

(Assinatura do participante ou nome e assinatura do seu RESPONSÁVEL LEGAL)

Responsabilidade do Pesquisador:

Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 510/2016 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma via deste documento ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado e pela CONEP, quando pertinente. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.

_____ Data: ___/___/___.

(Assinatura do pesquisador)

APÊNDICE IV

REGISTROS ATRAVÉS DA OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA (CRONOLOGIA DA ATIVIDADE)

O texto abaixo apresenta como se desenvolveu o período de Cronologia da Atividade, como ferramenta para a etapa de Observações Sistemáticas. Em seguida têm-se o registro dos eventos, tabulado em ordem cronológica.

Algumas observações importantes:

- Durante o horário de trabalho, o uniforme é composto por touca, máscara cirúrgica, o uniforme conhecido como “terninho de centro cirúrgico” e calçado fechado confortável à escolha da profissional, como tênis ou “cros”. Para adentrar o local como pesquisador utilizei o mesmo uniforme, distribuído na entrada do Vestiário de Barreira, onde acessei pelo meu cartão de discente da UNICAMP.

- Nas duas primeiras ocasiões, no local também havia estudante de graduação em Enfermagem, na disciplina de Estágio Supervisionado (EN690), com a tarefa de acompanhamento das atividades da Enfermeira responsável. Esta dinâmica colaborou com registros mais precisos de certos eventos, além de possibilitar um enriquecimento da minha compreensão das atividades, pois a profissional com frequência verbalizava a respeito de suas ações e em algumas tarefas chegava a ensinar como fazer (o preenchimento de uma evolução de paciente, por exemplo). Esta tarefa administrativa e pedagógica parece ser orgulhosamente assumida pelas profissionais como parte de sua missão como PAEPE (Profissional de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Extensão).

- O posto de trabalho é um balcão composto por 2 segmentos, com tampo à altura da postura de trabalho sentada e tampo para interlocutores em pé. Microcomputador, telefone, interfone, pequenos cartazes com lembretes sob o balcão. Três cadeiras giratórias com regulagem e um quadro de avisos gerais aos profissionais de Enfermagem do local.

- Nos turnos da manhã é comum o reforço no balcão por uma das técnicas de enfermagem escalada na posição de Secretária (para auxiliar no atendimento a telefone, interfone, visitantes e acompanhantes, escolta, recebimento de materiais, etc).

- Utilizei a abreviação T.E. para o termo “Técnica/o de Enfermagem” – também denominado no C.O. como “circulante de sala”.

- Busco registrar todo tipo de evento relacionado ao posto de trabalho em questão. Os registros abaixo excluem outros registros feitos no local referentes a eventos de outras áreas, (por exemplo, pacientes e acompanhantes sem interação naquele momento com a Enfermagem).

- A observação é da atividade da Enfermeira responsável pelo turno. Quando escrevo: “...verifica, ...inicia, ...informa” são as atividades desta Enfermeira.

- Os registros incluem, em *itálico*, minhas notas ou comentários, além do observado, acerca do evento específico ou que de alguma forma se relacione a este. Optei por manter certa linguagem informal, que utilizei no momento das anotações, respeitando assim (como recomenda a Ergonomia da Atividade) minha verbalização como trabalhador-pesquisador naquele momento.

- Para a escrita deste texto foram excluídas as iniciais de pacientes e profissionais, pois tinham a função de me auxiliar na compreensão de certas dinâmicas nos registros, mas não são necessárias para a compreensão do texto, e desta forma se preserva melhor a condição de privacidade dos envolvidos.

a) Acompanhamento feito pelo método de Cronologia da Atividade, no dia 13/09/2023 no turno da manhã.

Evento	Hora	Ação
01	6:55	Passagem de turno, recebe a situação do turno noturno, há 1 cesárea prevista e 1 paciente em indução; além da conversa, verifica no PC. <i>(T.E. manifestam que hoje parece estar tudo tranquilo)</i>
02	7:03	Verifica, andando pelo C.O., se todas as T.E.s chegaram, pois cada uma recebe um ambiente para trabalhar. Informa rapidamente.
03	7:04	Na volta, remove uma maca do corredor para a entrada do C.O.

04	7:10	Recebe a médica responsável pelo turno, junto com 5 residentes, para iniciar as visitas da manhã.
05	7:14	Inicia uma nova página de livro-diário do plantão, onde se informa, entre outros itens, a escala, intercorrências, admissões, transferências, envio de material etc. Preenche nele os nomes das pessoas escaladas para esta manhã.
06	7:16	Sai para acompanhar a primeira visita, no quarto de indução (há 2 gestantes). Dá apoio em materiais como cobertas e rearrumação da área. Acompanha as apresentações da residente para a médica responsável. Auxilia transferência da segunda gestante, que estava em agachada na bola, para a cama.
07	7:33	Segue para a próxima visita no PPP1, puérpera (parto feito no dia anterior) e que deve receber alta. Sai do quarto rapidamente para pedir silêncio nos corredores (<i>ruído- problema sempre apontado nas entrevistas e pelas T.E.s</i>)
08	7:40	De volta à recepção
09	7:41	Atende interfone, e libera a entrada.
10	7:44	Passa a residentes um pouco das previsões para o dia (a cesárea e a indução)
11	7:45	Vê indícios de desorganização e máscaras usadas na área dos residentes, providencia o descarte e orienta sobre a importância da organização.
12	7:47	Inicia o preenchimento de Matrícula do Bebê cuja mãe ainda está em indução. O procedimento correto é na Admissão ser feita a matrícula, porém não foi feito pelo pessoal do turno noturno. Assume esta tarefa para evitar que nasça sem a Matrícula.
13	7:49	Explica à estagiária de Enfermagem sobre o próximo passo, que será pedir vaga para a puérpera da visita anterior. Checa no sistema, onde se pode ver uma noção da ocupação – mas não de forma precisa, devido a recentes reformas no alojamento conjunto. O trabalho consiste em ligar, passar o caso, ver se o leito está preparado para receber. Não chama ainda, pois a paciente ainda está tomando café.
14	7:51	Começa a preencher o formulário de Evolução de pacientes, lendo, interpretando, explicando à estagiária os campos do formulário, da ficha de medicamentos administrados à paciente, controles, etc.

15	7:53	Atende uma residente que pergunta quem tira cobertores usados de determinado local. Indica a responsável e pede à residente para avisar.
16	7:54	Atende o telefone, recebe a informação de que subirá uma gestante com suspeita de descolamento da placenta, vinda da Enfermaria de Patologia Obstétrica (PATO B). Imediatamente começa a mobilizar a equipe na preparação de sala, instrumentação, residentes. <i>(eu noto que o clima do local mudou, todos estão correndo e se mobilizando. Ela comenta que, se for descolamento mesmo, é um dos piores cenários e o tempo é muito importante)</i>
17	7:56	Enquanto a paciente não chega, já separa os formulários, onde prioriza o preenchimento das informações mais importantes ou críticas (a parte inicial – dados cadastrais, por exemplo) ficará para depois.
18	7:59	Pede para a técnica ver se este bebê da urgência já tem matrícula no sistema, caso não tenha já deverá solicitar.
19	8:01	Vai até a porta de entrada do C.O., demonstrando preocupação pois a paciente ainda não chegou.
20	8:03	Recebe a paciente, que chega de maca com dois funcionários. Param a maca no corredor, em frente à Sala de Parto III, pois não há certeza que foi descolamento de placenta. Acompanha a equipe médica, são aproximadamente 8 pessoas avaliando e tomando providências.
21	8:10	Acompanha a ida da maca do quarto PPP3 para a Sala de Parto 1. Auxilia na preparação da sala, montagem do procedimento (forros, medicamentos, etc). <i>Neste momento eu e outras pessoas observamos de fora... há a paciente e entre 10 a 13 pessoas na sala. Ouve-se os diálogos com explicação de providencias, um barulho metálico de manipulação rápida na preparação dos instrumentos, e um entra-e-sai da sala. Fico impressionado com o clima de tensão e a expectativa no local.</i>
22	8:20	Após o caso já razoavelmente encaminhado, sai da sala, faz assepsia das mãos. Em breve volta para a sala.
23	8:31	Acompanha o nascimento do bebê e já sai da sala. <i>Momento de alívio geral</i>
24	8:35	Na sala de Expurgo, busca na geladeira (identificando entre outros itens) uma placenta de parto anterior (não este último) e acondiciona em caixa térmica, junto a formulário próprio, pois o funcionário de Escolta passa todo dia as 10h para coleta do material, que seguirá para exame anatomopatológico.

25	8:38	Atende residente, no balcão, falando sobre problema com um monitor cardiotoco do quarto de pré-parto que não está funcionando bem.
26	8:40	Atende telefone, ligação de ramal interno do CAISM, no qual explica a situação durante o recebimento da chamada que falava da urgencia.
27	8:49	Separa material para exame, também para aguardar a coleta 10h.
28	8:50	Busca cadeira de rodas e leva para a paciente em indução no PP2.
29	8:55	Pede para direcionar esta paciente, com a cadeira, para o quarto PPP1.
30	8:58	Preenche outro formulário de evolução, explicando à estagiária.
31	9:00	Atende no balcão ao pai da bebê que acaba de nascer, informando que não pode visitar ainda, mas que avisa quando puder.
32	9:03	Atende fone novamente, diz q vai verificar determinada informação e retorna.
33	9:10	Atende médico no corredor, que pergunta sobre empréstimo de cardiotoco; informa que não é possível.
34	9:19	Entra no quarto PPP2 para preencher evolução.
35	9:21	De volta ao balcão, volta ao preenchimento de evolução. Interrompe para perguntar no balcão sobre qual cardiotoco no PP2 está com problema. Atentamente nota um erro no formulário da paciente (<i>está tempo de gestação 31+6, porém sabem que é 36+6</i>).
36	9:27	Atende o fone, desliga, conduz o acompanhante da paciente _ para visitá-la.
37	9:40	Enquanto explica sobre preenchimento da evolução para a estagiária, volta ao sistema no PC para conferência de dados. (<i>normalmente se preenche a evolução tendo uma ou duas fontes (ficha de prescrição), mas este parece um caso que necessita maior atenção, onde se confere dados de monitoramento da paciente em uma planilha mais extensa. Pergunto a diferença e ela me explica sobre analisar determinado padrão histórico. A exigencia de atenção aqui é claramente maior</i>)
38	9:45	Recebe e orienta o maqueiro, para buscar paciente _ que acaba de ter alta, no PPP1 e levar ao alojamento.
39	9:46	Ainda preenchendo a evolução anterior, interrompe para orientar a T.E. que chega com berço, para buscar RN no quarto PPP1.
40	9:50	Sai do balcão para a copa – café e pequeno descanso....

41	9:56	... Tempo de café interrompido por residente, que lhe pede, na copa, para desligar o ar condicionado da sala de parto 2 (<i>o ar é gelado ou então desligado, o que obriga a alternar sempre, problema que me apontaram diversas vezes</i>). Vem até o balcão e pede à T.E., para ligar a pedir o desligamento.
42	10:02	De volta ao balcão, volta a tarefas administrativas pendentes, como matrícula e verificação no sistema de possíveis admissões (por ex., vindo da PATOB)
43	10:30	Por fone, pede para subir a paciente para Cesárea.
44	10:44	Preenche evolução de paciente (cesárea feita no dia)
45	10:45	(<i>N: não podemos registrar todas as operações mentais, invisíveis, de raciocínio estratégico, porém neste momento a enfermeira:</i>) Organiza e decide, explicando para a estagiária, sobre a paciente _ ir para a Sala de Parto 1 e sobre a paciente E. sair da Sala de Parto 2 para a sala de R.P.A. Levanta e leva a cadeira de rodas para fazer esta transferência (também pessoalmente)
46	11:25	Comunica T.E. que a Paciente _, da cesárea com nascimento 8:31, está pronta para sair da R.P.A.
47	11:30	Atende fone, ligação rápida de ramal interno para confirmar informações.
48	11:31	Retoma o preenchimento do livro-diário do C.O. (iniciado 7:14), atualizando com as ocorrências do turno até aquele momento.
49	11:33	Atende fone, ligação rápida.
50	11:34	Pede para a T.E., chamar acompanhante da paciente _. É comunicada por T.E. que alguma paciente tem fome (ainda não chegou almoço). Conversam sobre ver se tem bolacha na copa para levar rapidamente.
51	11:35	Conversa com T.E. para checar a evolução de uma paciente em indução pelo método "balão".
52	11:36	Consulta sistema (faz isso periodicamente) sobre uma possível nova admissão, visualizando no sistema (pois a paciente está na PATOB). Descreve para residentes próximas ao balcão que trata-se de uma GESTA 4 P2 C1 A1 OF, e que está com "cesárea a pedido". (<i>uma nomenclatura própria é sempre praticada ali, seja a citada aqui, ou a que representa tempo de gestação... "estou com uma 34+3"</i>)

53	11:44	Pelo celular recebe pedido (<i>reforço? Atenção?</i>) sobre uma placenta que deve ficar na geladeira (da sala do Expurgo) para sair amanhã 10h (na passagem diária do serviço de escolta)
54	11:45	No balcão, recebe um pedido da T.E. _ sobre preparação de Ocitocina para um caso em indução. Começa a ler mas é interrompida...
55	11:46	...pois chega a copeira com o carrinho do almoço. O procedimento padrão é perguntar à enfermeira sobre quem receberá a dieta. Entre as respostas: "a do quarto X é diabética", " precisa X pratos para os acompanhantes", "preciso confirmar a da paciente Y". (<i>presenciei a mesma situação todas as outras vezes q estive no C.O.</i>)
56	11:47	Sai do balcão e vai procurar alguém da equipe médica para a consulta sobre dieta da paciente _, encontra no final do corredor do C.O., volta e confirma à copeira.
57	11:48	Volta a ler a prescrição de Ocitocina, autorizando então a T.E. _ a seguir.
58	11:48	Atende o fone, alguém pergunta sobre uma paciente; levanta-se e vai até o quarto PPP2 para informar-se e retornar.
59	11:50	Confere materiais na sala Posto de Enfermagem que fica adjacente ao balcão.
60	11:53	Vê pelo sistema do PC quem está entrando (vinda da PATOB), e verbaliza com residentes, estagiária e T.E. _ sobre preparação de sala e desocupação de sala de parto. (<i>Neste dia a sala de R.P.A. está com apenas um leito, a segunda cama não estava lá – o que exige mais estratégia sobre período de recuperação e desocupação de sala de parto.</i>)
61	12:03	Levanta-se para uma ronda pelo C.O., onde há uma cesárea em andamento, uma paciente em RPA, um RN na sala da NEO. Ouve paciente e residentes. A ronda dura aprox. 15 minutos.
62	12:21	É consultada pela residente R1 _ sobre uma outra admissão prevista. A paciente é de outra cidade (40km de lá), sendo sulfatada no Pronto Atendimento. Sem necessidades de ação no momento. (<i>N: Mas já envolve pensar estratégias</i>)
63	12:25	Sai do balcão em direção ao PP para dar apoio a uma T.E. em indução.
64	12:26	Na sala Posto de Enfermagem, auxilia T.E. a guardar materiais.

65	12:29	Apaga o quadro de avisos atrás do balcão para publicar a escala de trabalho no próximo turno (que se inicia 12:55), onde se anuncia qual das T.E.s ficará em qual espaço (secretária, RPA, RN, PP, salas de parto, etc.)
66	12:32	Atende no balcão a um acompanhante que pede máscara. Informa a ele que deve pedir a uma das enfermeiras da NEO, pois ele já está com o bebê e a mãe em observação na sala próxima ao balcão mas que está emprestada à NEO. Como cada departamento administra seu estoque de máscaras, a orientação é respeitar esta divisão.
67	12:35	Utiliza os últimos minutos do turno para verificar alguns detalhes no sistema do PC. Previsão de admissão, estoque de materiais.
68	12:38	Recebe de T.E. reclamação sobre um equipamento (não identifiquei). Orienta a chamar a manutenção.
69	12:51	Recebe o enfermeiro responsável pelo próximo turno e descreve os casos atuais.
70	13:05	Final do turno.

b) Acompanhamento feito pelo método de Cronologia da Atividade, no dia 20/09/2023 no turno da manhã.

Evento	Hora	Ação
01	6:55	Passagem de turno, recebe a situação do turno noturno, verifica no PC.
02	6:56	Recebe a estagiária _ , da graduação em Enfermagem.
03	7:01	Recebe informações de R1 sobre paciente que decidiu desistir de indução e solicita a cesárea. Há dois dias no CAISM, primeiramente na PATOB com indução por balão, depois no PP com comprimidos de misoprostol durante dia anterior.
04	7:04	Vai ao Préparto para preparar e transportar a paciente, auxiliar a levantar. Anestesista chega perguntando sobre esta paciente.
05	7:08	Sai com a paciente na maca, junto a T.E. levam para a SDP1
06	7:35	Volta ao balcão vindo da SDP1, recebe informação sobre afastamento de uma T.E. que não estava se sentindo bem. Coordena quem ficará no lugar.
07	7:40	Confirma para T.E. alguns dados sobre a paciente que entrou na SDP1

08	7:42	Informa copeiras sobre quem receberá dieta
09	7:45	Por alguns minutos me explica sobre as estratégias para definição das salas. Esboço um fluxograma para desenharmos como se tomam as decisões.
10	7:51	Explica para estagiária sobre alguns medicamentos de uso frequente no local.
11	7:54	Recebe T.E. no balcão onde discutem dados do relatório da noite, sobre paciente em indução.
12	7:57	Recebe R1 e dá informações sobre paciente na cesárea SDP 1
13	7:59	Recebe T.E. que está responsável pelo quarto de Pré Parto, com reclamação sobre o saco de lixo utilizado para resíduos hospitalares, o qual rasga muito facilmente. Anota num papel avulso e coloca em local visível sob o balcão, para ver se é necessário dar andamento em formulário oficial ou não. (N: O formulário é uma Ficha de Notificação de Eventos Adversos, Queixas Técnicas e Incidentes – instrumento relacionado a iniciativas de segurança do paciente).
14	8:03	Informa a T.E. dados sobre gestante – GESTA 2 A1
15	8:10	Acompanha as visitas com médico responsável e residentes/internos.
16	8:17	Prepara placenta que será retirada pela escolta às 10h.
17	8:18	Desloca-se até quarto PPP para buscar as informações atualizadas da paciente (prontuário) e iniciar o preenchimento da evolução.
18	8:26	Antes de chegar ao balcão explica caso da cesárea para a T.E._
19	8:30	Interrompe evolução, recebe informações de residente sobre cesárea em andamento
20	8:37	Nova internação, recebe residente para confirmação de informações
21	8:50	Percebe uma divergência no prontuário da paciente, interrompe o preenchimento da evolução e vai até o posto de residentes para checar.
22	8:56	Interrompe novamente o preenchimento, para repassar histórico da paciente em indução (balão, miso). Explica para estagiária.
23	8:58	Interrompe novamente o preenchimento, atendendo ligação da CME, informando que vai buscar mais informações sobre determinada demanda.
24	9:01	Inicia novo preenchimento de evolução, desta vez convidando a estagiária a preencher. Informo que tenho registrado também estes momentos de

		orientação, e recebo a resposta de que isto é habitual e seu papel como PAEPE (Profissionais de Apoio ao Ensino e Pesquisa). <i>Transmite uma sensação de sentido / proposito ao explicar.</i>
25	9:03	Faz ligação para CME, retornando sobre demanda de minutos antes. <i>(me informa depois que foi um desencontro entre entrada e saída de materiais)</i>
26	9:13	Preenche pedido de exame anatomopatológico de trompas de parto na noite anterior. <i>(me explica, posteriormente, que isto deveria ser feito por residente no turno da noite, que não fez)</i>
27	9:28	Chamada por T.E._ que, do corredor, comunica sobre cesárea finalizada e próximos procedimentos. Vai até a SDP1.
28	9:54	Volta da SDP1 para o balcão
29	10:09	Encaminha paciente para a SDP2. Neste momento, a T.E. q está como secretaria faz as orientações ao acompanhante (roupas, uso de celular, etc.)
30	10:45	Retorna com a maca para as proximidades do balcão.
31	10:49	Inicia nova explicação à estagiária sobre preenchimento de evolução.
32	10:51	Retomamos o fluxograma com definições sobre as salas de parto, validando parte dele e informando novos pontos.
33	10:56	Recebe Residente que pede para desligar ar condicionado que climatiza SDPs, pois está em 21 graus – o que é frio para o bebê.
34	11:00	Preenche livro-diário do C.O. Nos próximos minutos explica outras situações para a estagiária, recebe estagiários do colégio técnico COTUCA. Informa à copeira sobre quem receberá dieta.
35	11:28	Recebe paciente vinda da PATOB, possivelmente necessidade de Precaução de Contato. Seguem para o quarto PPP3 para organizar materiais, paramentação, paciente segue para SDP3.
36	12:18	Volta ao balcão, tendo cuidado das providencias para a cesárea acima.
37	12:21	Passa para residentes informações sobre parto atual.
38	12:26	Preenchimento de evolução
39	12:31	Explica à estagiária mais alguns detalhes sobre escala de trabalho.
40	12:36	Confirma para T.E._ uma prescrição. <i>Neste momento há 9 pessoas no balcão (final de turno), entre médico, residentes, T.E., enf., est.</i>
41	12:40	Consulta Dr._. sobre situação da paciente, para o preenchimento de evolução.
42	12:55	Passagem de plantão

C) Acompanhamento feito pelo método de Cronologia da Atividade, no dia 27/09/2023 no turno da manhã.

Evento	Hora	Ação
01	6:55	Passagem de turno, recebe a situação do turno noturno, verifica no PC. <i>Hoje há mais uma enfermeira, que usualmente trabalha em alguns turnos no C.O., dando apoio na área de Assistência ao Recém Nascido.</i>
02	6:59	Procura e confirma a presença das T.E.s, cartões, geladeira e sala de expurgo.
03	7:15	Volta ao balcão, abre o livro-diário do C.O. e me informa que aguarda o início das visitas com a equipe médica.
04	7:17	Consulta residente sobre uma paciente em indução. <i>(esta paciente é boliviana, não fala português, e quem assume a assistência no préparto é uma T.E. que fala espanhol)</i>
05	7:24	Com a relação das escalas de trabalho para o mês de outubro, inicia a pintura das escalas na pasta, ferramenta que auxilia a equipe do local a visualizar melhor a divisão dos turnos e profissionais. <i>É tarefa não-diária, ocorre sempre no final de cada mês. Também não é urgente, portanto ocupa espaços entre as demandas urgentes da enfermagem. O momento em que é divulgada esta escala provoca ida frequente das técnicas ao local para consulta e conhecimento de como serão as próximas semanas.</i>
06	7:27	Confirma, buscando dentro do Posto de Enfermagem (sala vizinha) os cartões de ponto.
07	7:33	Recebe no balcão uma das T.E.s, confirmando então situação de bebês do dia.
08	7:34	Preenchimento de formulário de prescrição de medicamentos a uma das pacientes. <i>Percebo ser trabalho que exige concentração, com execução de contas de períodos e dosagem – tenta-se evitar dispersão do foco.</i>
09	7:36	Finalizando, explica a prescrição à T.E._
10	7:37	Vai à sala de expurgo conferir materiais para enviar via escolta 10h... não há.

11	7:40	De volta ao balcão, atende interfone. Neste momento há T.E.s e equipe médica, no total 13 pessoas nas proximidades do balcão.
12	7:41	Faz ligação para solicitar material – pinça específica para ponto
13	7:45	Participa de reunião informal no balcão com enfermeira e coordenadora, sobre possibilidades de negociação e uso da sala que está emprestada à Neonatologia.
14	7:50	Verifica com PATOB possíveis admissões do dia.
15	7:52	Inicia visitas com a equipe médica, pelo quarto de pré parto.
16	-	<i>Durante a ocorrência das visitas, uma das T.E. que atende o quarto NEO comunica vazamento na rede de Oxigênio, transferindo rapidamente 2 RN para quarto UVI (vizinho). Neste momento, quem está no balcão já providencia ligação para a área de manutenção. Como o turno acabou de iniciar (8:00h) não há atendimento e recorrem ao plantonista da manutenção.</i>
17	8:20	<i>(ainda em visita, neste momento junto a médica e residentes no corredor)</i>
18	8:25	Volta ao balcão e já comunica à T.E._ para pedir, quando a copeira chegar, cafés para 2 acompanhantes.
19	8:26	Encaminha paciente para ultrassom com maca.
20	8:28	Acompanha T.E._ no atendimento à paciente no Pré Parto
21	8:31	Recebe maqueiro e encaminha paciente ao PPP3
22	8:32	Responde a residente sobre prescrição da paciente em indução.
23	8:33	Atende telefonema, onde confirma dados de paciente. É informada também sobre novo caso a vir da PATOB, com paciente em precaução de contato.
24	8:37	Vai verificar condições do PPP2 para receber esta paciente.
25	8:40	Volta ao fone, informando que pode receber no PPP2. Continua preenchimento de evolução da paciente em pré parto <i>(a admissão desta foi em turno anterior, por isso o formulário já estava iniciado)</i>
26	8:50	Confirma para residente informação sobre medicamento a paciente.
27	8:53	Atende T.E._ com dúvidas sobre prescrição de Ocitocina e outra para explicar sobre paciente em admissão.
28	8:55	Finaliza preenchimento da evolução da paciente em indução, vai ao PP para devolver prontuário.
29	8:58	Me explica sobre o volume e complexidade das interrupções <i>(proveitei o intervalo entre demandas para perguntar a respeito. Infelizmente não apliquei</i>

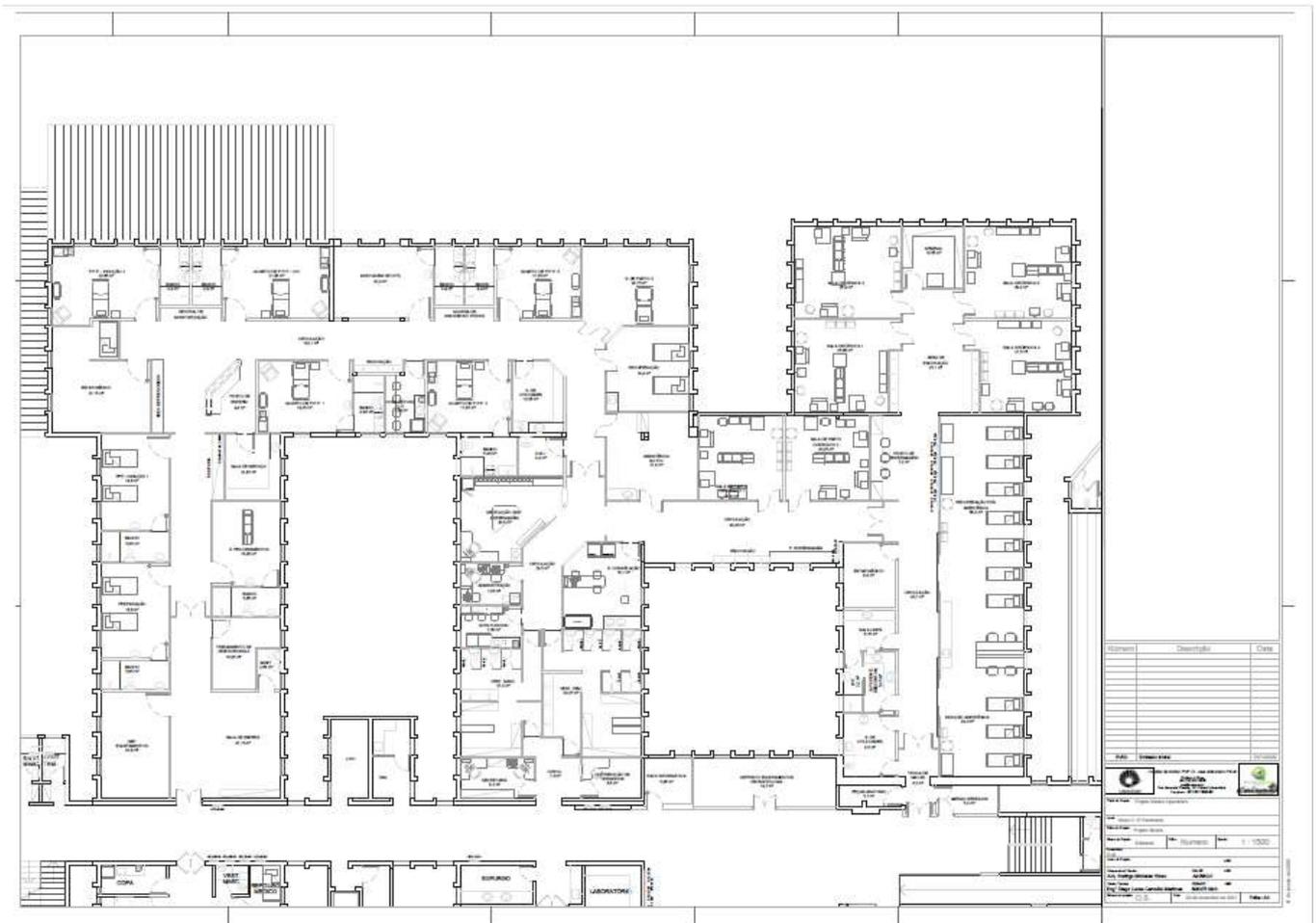
		<i>TCLE e não gravei a fala, mas demonstrou surpresa em perceber quantas vezes seu trabalho sofre interrupções)</i>
30	9:05	Atende residente e esclarece dúvida sobre tempo de sulfatação a uma paciente.
31	9:15	Vai até sala SDP1 para conferir informações, pois uma paciente fará laqueadura. Volta ao balcão.
32	9:27	Volta à SDP1 para atendimento à paciente acima (laqueadura)
33	9:50	Confirmou que PPP2 logo estará em condições de receber a paciente com precaução de contato, volta ao fone e informa PATOB. <i>(Pergunto porque, apesar de ser precaução de contato, não é usada sala de parto... e sou informado que este caso, por enquanto, é de INIBIÇÃO de parto.)</i>
34	9:53	Vai ao PDE buscar a sinalização que deve ser colocada na porta do PPP2, informando restrição a entrada sem paramentação (devido a precaução de contato). <i>É uma folha plastificada, que recebe em seu verso fita adesiva, e é imediatamente colada na porta do quarto. O quarto já está com mobiliário e maioria dos consumíveis do lado de fora (foi arrumado pela T.E. do local).</i>
35	9:57	Recebe Residente no corredor, conversam rapidamente sobre o caso acima, pois não se sabe ainda se virá mesmo.
36	10:00	Por fone, confirma à PATOB que o quarto PPP2 já está Ok para receber.
37	10:03	No balcão, explica a uma das T.E.s sobre o caso acima (inibição) e recebe em seguida T.E._ para falar sobre escala de trabalho.
38	10:19	Levanta para o café (previsto 15min)
39	10:33	Volta ao balcão após café.
40	10:39	Recebe enf. Da NEO e informa situação de RN.
41	10:44	Atende fone e confirma informação sobre paciente.
42	10:46	Recebe de Residente a info de que a paciente virá mesmo para inibição, ligando então para a PATOB para confirmar que devem encaminhá-la.
43	10:50	Informa a T.E._ sobre esta admissão.
44	10:52	Acompanha esta paciente, que acaba de chegar, ao PPP2. Apresenta-se e faz algumas perguntas.
45	11:03	Volta ao balcão para abrir os papéis. Informa a residente sobre a alergia da paciente que chegou.

46	11:08	Recebe nova informação de residentes e comunica a T.E.: não será mais inibição, a paciente estará em conduta expectante: aguardam evolução dos sinais para possível entrada em trabalho de parto.
47	11:13	Consulta Residente sobre corticoide usado.
48	11:30	Área dos residentes tem problema com a impressora.... <i>(como a impressora fica logo em frente ao balcão, junta-se às pessoas que estão tentando identificar o problema.)</i>
49	11:33	Atende ligação vinda do Serviço Social e passa para T.E. (secretária)
50	11:34	Atende fone, informa sobre a admissão recente, pois detectaram que na chegada da paciente, o maqueiro não estava totalmente paramentado (luvas), e parecia não ter sido informado.
51	11:39	Vai até PPP2 para verificar info sobre a paciente.
52	11:41	<i>Copeira chega para perguntar de dieta, enquanto a enfermeira está fora, residentes respondem.</i>
53	11:45	Continua preenchimento de GASTO DE SALA.
54	11:49	Interrupção do preenchimento, pois comunicam problema no Ar condicionado – está desligado e SDP está quente.
55	11:50	Telefona para solicitar que liguem o ar condicionado.
56	11:51	Recebe casal no balcão: uma nova admissão. Pede À secretária que os encaminhe ao Pré Parto / indução. Segue junto ao PP.
57	11:54	Volta ao balcão, para atender fone (não havia ninguém). Comunica que só tem 1 vaga de PPP. <i>Neste momento percebe-se que a demanda no C.O. está prestes a aumentar... admissão recente, casal que chegou e agora esta ligação.</i>
58	11:57	Recebe médica/professora que solicita urgente verificar uma informação.
59	12:01	Atende fone, comunicam que paciente está subindo, já pede a T.E. que confirme sobre higienização de SDP.
60	12:04	Recebe a gestante acima, se apresenta e acompanha até SDP1.
61	12:08	Volta ao balcão e inicia admissões.
62	12:12	Volta a SDP1 para verificar informação.
63	12:15	Na ausencia da secretaria <i>(que foi esperar entrega de almoço no terreo)</i> orienta acompanhante de gestante.
64	12:18	Atende T.E._ que veio perguntar sobre medicação.
65	12:21	Atende a uma nova copeira (vinda da PATOB) sobre dieta para a paciente que veio da PATOB.

66	12:26	Atende no balcão o responsável do SAME
67	12:29	Consulta residente sobre paciente recém admitida.
68	12:33	Volta ao PP devolver prontuários. <i>(possivelmente os trouxe 11:54, referentes ao casal recém admitido)</i>
69	12:34	Por fone confirma dados de outra admissão.
70	12:36	Repassa junto a Enf. _ que estava dando apoio a RN, sobre os 6 casos em andamento no C.O. Escrevem juntas em folha avulsa. É uma especie de “cola” onde estão as demandas e algumas características de cada caso. <i>Como a enfermeira não poderá ficar mais tempo após o final do turno, é estratégia para que as informações não se percam. Há 1 em RPA, 2 em indução, 1 parto na SDP1, 1 parto no PPP3 e 1 expectante no PPP2.</i>
71	12:45	Preenchimento de evolução
72	12:55	Passagem de turno

ANEXO I

PLANTA ATUALIZADA DO BLOCO OPERATÓRIO (IMAGEM REDUZIDA E SEM ESCALA, PARA FINS ILUSTRATIVOS)



ANEXO II

INDICADORES EM ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA NO CAISM

PRIMEIRO TRIMESTRE DE 2023

(IMAGEM REDUZIDA, PARA FINS ILUSTRATIVOS)

Indicadores em Assistência Obstétrica - CAISM 2023

Indicadores	Mês												Anual	
	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro		
N. de Partos	96	95	92	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	283
N. de Partos Normais	41	35	38	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	114
N. de Partos Cesáreas	51	60	52	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	163
N. de Partos Fórceps	4	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6
N. de Nascimento	100	99	98	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	297
N. de Nascidos Vivos	98	96	93	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	287
N. de Óbitos Fetais	2	3	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10
N. Partos com Acompanhante	85	76	72	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	233
N. Partos Vaginais com Acompanhante	39	25	32	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	96
N. Partos Cesáreas com Acompanhante	46	51	40	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	137
N. de Episiotomia	1	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
N. de Primigestas	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
N. de Não Primigestas	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
N. de Primigestas	43	30	24	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	97
N. Partos com Analgésia	34	28	25	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	87
N. Cesáreas em Parto Induzido	8	5	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16
N. Partos com Início Induzido	21	22	17	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	60
N. Cesáreas com Início Espontâneo	6	10	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	26
N. Cesáreas Iterativas	9	12	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	29
Taxa de Cesáreas	53,1	63,2	56,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	57,6
Taxa de Partos Normais	42,7	36,8	41,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	40,3
Taxa de Partos Fórceps	4,2	-	2,2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2,1
Taxa de Primigestas	44,8	31,6	26,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	34,3
Taxa de Cesáreas em Primigesta	46,5	66,7	50,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	53,6
Taxa de Partos com Acompanhante	88,5	80,0	78,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	82,3
Taxa de Analgésia de Condução no Trabalho de Parto	38,6	56,3	46,2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	53,8
Taxa de Início de Parto Induzido	35,6	44,0	32,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	37,0
Taxa de Cesáreas em Parto com Início Espontâneo	16,2	38,5	28,6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	26,5
Taxa de Cesáreas em Parto Induzido	38,1	22,7	17,6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	26,7
Taxa de Episiotomia	2,3	2,9	7,7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4,2
Taxa de Episiotomia em Primigesta	4,3	0,0	9,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4,5
Taxa de Cesáreas Iterativas	25,7	34,3	29,6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	28,9
Taxa de Apgar 5R minuto < 7	0,0	16,7	6,7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7,7

Fonte: Sistema Obstétrico do CAISM, 2022 (Célula de Estatística) | 14/04/2023.