

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO

Bárbara Ribeiro Martins

**O PROCESSO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO NA UNIDADE DE
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE UM HOSPITAL PÚBLICO**

Belo Horizonte – MG

2016

BÁRBARA RIBEIRO MARTINS

**O PROCESSO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO NA UNIDADE DE
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE UM HOSPITAL PÚBLICO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito para obtenção do título de Mestre.

Linha de Pesquisa: Organização e gestão de serviços de saúde e de enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dra. Marília Alves.

Belo Horizonte – MG

Escola de Enfermagem – UFMG

2016

Martins, Bárbara Ribeiro.
M386p O processo de trabalho do enfermeiro na unidade de urgência e emergência de um hospital público [manuscrito]. / Bárbara Ribeiro Martins. - - Belo Horizonte: 2016.
80f: il.
Orientador: Marília Alves.
Área de concentração: Saúde e Enfermagem.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Serviços Médicos de Emergência. 2. Serviços de Enfermagem. 3. Enfermagem em Emergência. 4. Enfermeiras e Enfermeiros. 5. Dissertações Acadêmicas. I. Alves, Marília. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título.

NLM: WY 154

ATA DA DEFESA

Colegiado de Pós-Graduação em Enfermagem
Av. Alfredo Balena, 190 | 30130-100
Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil
+ 55 31 3409-9836 | 31 3409-9889
caixa postal: 1556 | colpgrad@enf.ufmg.br



ATA DE NÚMERO 507 (QUINHENTOS E SETE) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELA CANDIDATA BÁRBARA RIBEIRO MARTINS PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRA EM ENFERMAGEM.

Aos 16 (dezesesseis) dias do mês de maio de dois mil e dezesesseis, às 14:00 horas, realizou-se no Anfiteatro da Pós-Graduação - 432 da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação "O PROCESSO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO NA UNIDADE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE UM HOSPITAL PÚBLICO", da aluna **Barbara Ribeiro Martins**, candidata ao título de "Mestra em Enfermagem", linha de pesquisa "Organização e Gestão de Serviços de Saúde e de Enfermagem". A Comissão Examinadora foi constituída pelas seguintes professoras doutoras: Marília Alves (orientadora), Livia Cozer Montenegro e Denise Barbosa de Castro Friedrich, sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a Senhora Presidente da Comissão, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

- APROVADA;
 APROVADA COM AS MODIFICAÇÕES CONTIDAS NA FOLHA EM ANEXO;
 REPROVADA.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Senhora Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, eu, Andréia Nogueira Delfino, Secretária do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 16 de maio de 2016.

Profª. Drª. Marília Alves
Orientadora (Esc.Enf/UFMG)

Profª. Drª. Livia Cozer Montenegro
(EEUFMG)

Profª. Drª. Denise Barbosa de Castro Friedrich
(UFJF)

Andréia Nogueira Delfino
Secretária do Colegiado de Pós-Graduação

ELABORADO em reunião de CPG
em 06/06/16

Profª. Dra. Andréa Gazzinelli
Coordenadora do Colegiado de
Pós-Graduação em Enfermagem
Escola de Enfermagem/UFMG

Dedico este estudo aos profissionais de saúde, em especial aos enfermeiros, que trabalham intensamente promovendo atendimento aos usuários em portas hospitalares de urgência e emergência.

AGRADECIMENTOS

À Deus, por me conceder a vida e estar sempre me guiando. À Nossa Senhora Desatadora dos Nós que intercede por todas as minhas dificuldades encontradas e bênçãos recebidas.

À Professora Dr^a Marília Alves, minha orientadora, pelos ensinamentos e orientações. Por acreditar no meu potencial e me conduzir nesta trajetória de aprendizado e crescimento pessoal, acadêmico e profissional. Meu eterno agradecimento, carinho e admiração.

Ao Programa de Pós Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais por me proporcionar um ensino de excelência e minha formação.

À Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, por autorizarem a realização desta pesquisa e concessão de redução de carga horária de trabalho para fins deste estudo.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais por ter me beneficiado com uma bolsa de apoio ao pesquisador - mestrado por um período de realização deste estudo.

Aos participantes deste estudo, pela disponibilidade e imensa contribuição para concretização desta pesquisa, ao compartilhar seus conhecimentos, vivências e percepções.

Aos amigos e colegas do mestrado, em especial, Elaine, Renata, Marina, Camila, Simone por compartilharem sentimentos, conquistas e angústias.

Aos amigos e colegas Débora, Flávia M., Lana, Mayara, Cíntia N., Juliana T. e Claudia, por fazerem parte do início da minha trajetória profissional.

Aos amigos e colegas da Diretoria de Desenvolvimento Estratégico da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, em especial Andreia Torres e Priscilla Fernandes, pelo apoio e confiança que depositaram em mim ao me concederem a redução de carga horária de trabalho para dedicar-me aos estudos, e também Cinthia, Paulino, Izabella, pela convivência e aprendizado diário.

Aos meus familiares e amigos por confiarem no meu potencial, apoiarem e torcerem pela realização do mestrado. Em especial, minha mãe, Alcione, pelo exemplo de vida, e pelos seus esforços e investimento em minha formação humana, acadêmica e profissional. Ao Leandro, meu noivo, pelo amor dedicado e incentivo.

Enfim, a todas as pessoas que, de alguma forma, contribuíram para a concretização do mestrado e deste estudo. Obrigado!

RESUMO

Este estudo teve como objetivo analisar os processos de trabalho de enfermeiros na unidade de atendimento de urgência e emergência em hospital de pronto-socorro, focalizando a articulação entre ações gerenciais e assistenciais do enfermeiro. Foi realizado um estudo de caso de abordagem qualitativa como método de investigação. O cenário do estudo foi a unidade de urgência e emergência de um hospital público. Os participantes foram vinte enfermeiros coordenadores e assistenciais, cujo critério de inclusão foi o de ser enfermeiro em cargo de gerência e de assistência na unidade há mais de seis meses. Os critérios de exclusão foram: estar de férias, licença ou se recusar a participar da pesquisa. Os dados foram coletados por meio de entrevistas com roteiro semiestruturado e submetidos à Análise de Conteúdo. Em todas as etapas do estudo foi considerada a Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde. Os resultados da pesquisa foram agrupados em três categorias: 1) a unidade de urgência e emergência, na qual se buscou descrever a ambiência da pesquisa como elemento facilitador do processo de trabalho; 2) o processo de trabalho do enfermeiro na unidade de urgência e emergência, que evidenciou a finalidade do trabalho de salvar vidas, os objetos de trabalho, que são o usuário e a equipe, visando os resultados de prestar uma assistência de qualidade e com agilidade e ter a pessoa curada ou melhorada pela ação dos trabalhadores; e 3) o trabalho do enfermeiro coordenador e assistencial e as articulações possíveis, que evidenciou as ações desenvolvidas pelos enfermeiros. Entre as ações do enfermeiro assistencial, destacam-se atividades de acolhimento com classificação de risco, assistência direta ao paciente grave, supervisão de enfermagem e assistência ao paciente aparentemente não grave. Ao final, foram apresentadas as principais conclusões sobre o estudo, entre as quais se destacam os processos de trabalho articulados e complementares entre enfermeiros coordenadores e assistenciais, que têm grande importância para o paciente no contexto da urgência e emergência. A discussão do processo de trabalho possibilitou elucidar características, potencialidades e desafios presentes no serviço de urgência e emergência, o que contribuiu para uma assistência de qualidade no contexto desta investigação.

Palavras-chave: Enfermeiras e Enfermeiros; Trabalho; Emergências.

ABSTRACT

The aim of this study was to analyze work systems of nurses in Urgent Care Units at hospitals and Emergency Care Units at First-aid Centers, evaluating the connection between management and aiding tasks. A qualitative case study was chosen as the research method. The research took place at the Urgency and Emergency Units of a state-owned hospital. There were twenty participating subjects, all of whom are nurses occupying coordinating and aiding positions for longer than six months. Those enjoying vacations, as well as those on leave or who refused to participate, were not included. Data was collected, by means of semi-structured interviews, and subjected to content analysis. All phases of the research were carried out in compliance with Brazilian National Healthcare Council Regulation 466/2012 (Conselho Nacional de Saúde). Results were fit into three different categories: 1) Urgency and Emergency Units, whose research ambience was described as being a facilitator to work systems; 2) the nurses' work systems at the Urgency and Emergency Units, which displayed both their main goal of saving lives and the work subjects who are the user and the team, aiming to offer quality and speedy assistance and cure or at least improve patients' conditions; and 3) the possible connections between the coordinating and aiding work of nurses, which showed their tasks. Examples of aiding-nurses-related tasks are: providing care to patients under risky conditions, direct care of patients under critical conditions, infirmary supervision and care of patients under seemingly uncritical conditions. At the end of the study, its main conclusions were presented, out of which, the ones which stood out were the connected and complementing work systems between coordinating and aiding nurses, which bear great importance for patients within urgency and emergency contexts. The discussion over the work systems enabled to pinpoint characteristics, potentialities and existing challenges in urgency and emergency services, thus contributing to quality assistance in the realm of this research.

Key-words: Nurses, Work, Emergencies.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|--------|--|
| APS | Atenção Primária à Saúde |
| CEP | Comitê de Ética em Pesquisa |
| COEP | Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos |
| CTI | Centro de Terapia Intensiva |
| ENA | Departamento de Enfermagem Aplicada |
| FEAMUR | Fundação Estadual de Assistência Médico de Urgências |
| FHEMIG | Fundação Hospitalar de Minas Gerais |
| MS | Ministério da Saúde |
| PCR | Parada Cardiorrespiratória |
| PNH | Política Nacional de Humanização |
| POLI | Politrauma |
| PIA | Pressão Intra-arterial |
| RAS | Redes de Atenção à Saúde |
| RUE | Rede de Atenção às Urgências e Emergências |
| SAV | Sserviço de Apoio à Vida |
| SAMU | Serviço de Atendimento Móvel de Urgência |
| SEC | Setor de Emergências Clínicas |
| SND | Serviço de Nutrição e Dietética |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TCE | Trauma Crânio Encefálico |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| TRM | Trauma Raquimedular |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |
| UPA | Unidade de Pronto Atendimento |
| UTI | Unidade de Tratamento Intensivo |
| UFMG | Universidade Federal de Minas Gerais |

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| 1 INTRODUÇÃO | 10 |
| 2 REFERENCIAL TEÓRICO | 17 |
| 2.1 Considerações sobre o trabalho em saúde e na enfermagem | 17 |
| 2.2 Atenção às urgências e emergências | 21 |
| 3 PERCURSO METODOLÓGICO | 25 |
| 3.1 Caracterização do estudo | 25 |
| 3.2 Cenário de estudo | 26 |
| 3.3 Sujeitos de pesquisa | 27 |
| 3.4 Coleta de dados | 27 |
| 3.5 Análise dos dados | 28 |
| 3.6 Aspectos éticos | 29 |
| 4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS | 31 |
| 4.1 A unidade de urgência e emergência | 31 |
| 4.2 O processo de trabalho do enfermeiro na unidade de urgência e emergência | 42 |
| 4.3 O trabalho do enfermeiro coordenador e assistencial e as articulações possíveis | 51 |
| 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 63 |
| REFERÊNCIAS | 65 |
| ANEXO I | 71 |
| ANEXO II | 74 |
| ANEXO III | 75 |
| APÊNDICE I | 78 |
| APÊNDICE II | 79 |

1 INTRODUÇÃO

O interesse pela pesquisa sobre o trabalho do enfermeiro em uma unidade de urgência e emergência hospitalar está relacionado à minha formação acadêmica e experiência profissional como enfermeira na área. Na graduação em enfermagem, as experiências em campos de estágio despertaram meu interesse sobre as possibilidades de atuação do profissional enfermeiro nos diferentes níveis de atenção, e sobre os processos de trabalho distintos, como a assistência e a gestão.

Ao buscar aperfeiçoamento acadêmico e profissional na área de gestão, iniciei, em 2009, a graduação em gestão de serviço de saúde na Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Esse curso tem uma proposta multidisciplinar, reunindo o conhecimento das áreas de saúde, administração, economia, demografia e contabilidade, que me possibilitou, ao longo do curso, conhecimento tradicional de administração, bem como um olhar mais crítico sobre o sistema de saúde, os diferentes serviços, suas particularidades e implicações sociais, políticas e econômicas.

No decorrer do curso, iniciei minha atividade profissional como enfermeira assistencial na unidade de terapia intensiva em um hospital de trauma, referência em urgência e emergência, no qual trabalhei por mais de três anos. Nesse espaço foi possível constatar, desde o início, o quanto as práticas gerenciais desenvolvidas eram disciplinadoras, autoritárias e fragmentadas, não articulando os processos assistenciais e gerenciais.

Na graduação em gestão de serviço de saúde, estudando temas como mudança organizacional, modelos gerenciais participativos, importância da gestão de pessoas, gestão por competências, liderança, gerenciamento de conflitos, entre outros que refletem uma mudança de paradigma na área de gestão, entendia que, naquele momento, esses temas não eram condizentes com a minha realidade de trabalho. Apesar de certa morosidade nas mudanças, é importante reconhecer que transformações ocorreram no período em que estive atuando no hospital. Profissionais que atuaram em processos assistenciais passaram a compor o quadro de coordenadores e mudanças começaram a ocorrer, devido ao diálogo, parcerias de trabalho, propostas de intervenção com maior respaldo e envolvimento da coordenação na busca de alternativas para os desafios encontrados na prática assistencial.

No entanto, a aproximação prática e teórica com a temática ainda não tinha sido suficiente para dar respostas às minhas inquietações sobre a organização do processo de trabalho do enfermeiro que atua no contexto hospitalar, em especial na urgência e emergência.

Sobretudo as particularidades dos processos assistencial e gerencial, suas interfaces e o potencial a ser explorado.

As reflexões sobre os desafios do processo de trabalho do enfermeiro, proporcionadas pelas vivências e conhecimentos acadêmicos, levaram-me a ingressar no mestrado na Escola de Enfermagem da UFMG, o que possibilitou aprofundar meus estudos e realizar uma pesquisa abordando a temática em questão.

Assim, entre as várias inquietações relacionadas ao trabalho do enfermeiro, neste estudo optei pelo recorte do processo de trabalho do enfermeiro em uma unidade de urgência e emergência de um hospital de pronto-socorro, público. Essa escolha sustenta-se na ampliação dos serviços de urgência e emergência no país, nas particularidades da unidade e necessidade de articulação das ações gerenciais e assistenciais do enfermeiro. Nessa unidade, o enfermeiro ocupa diferentes cargos e desenvolve atividades gerenciais e assistenciais que, de forma complementar, visam à assistência ao paciente.

O trabalho em enfermagem integra a prestação de serviços à saúde, como parte do setor terciário, produzindo serviços que são consumidos no ato da sua produção, ou seja, no momento da assistência coletiva ou individual. Esse trabalho tem como especificidade a prestação de serviço com um objeto humano, uma vez que atua sobre as necessidades de saúde dos indivíduos (FELLI; PEDUZZI, 2014).

Marx (1996, p.297) conceitua o trabalho como “[...] um processo entre o homem e a Natureza, um processo em que o homem, por sua própria ação, media, regula e controla seu metabolismo com a Natureza”. Nessa relação, o homem atua sobre a natureza que o cerca, modificando-a, ao mesmo tempo em que modifica a si próprio (MARX, 1996).

O autor pressupõe o trabalho numa forma em que pertence exclusivamente ao homem. Traz como exemplo que uma abelha executa operações semelhantes às de um arquiteto com a construção dos favos de suas colmeias e enfatiza que o que distingue o arquiteto da abelha é que ele idealiza inicialmente para depois construir o favo de mel. Dessa maneira, no fim do processo de trabalho, obtém-se um resultado já imaginado pelo trabalhador, e ele não apenas efetua uma transformação da forma da matéria natural, mas, sim, transforma a matéria natural em seu objetivo previamente determinado (MARX, 1996).

O modo como realiza o trabalho e desenvolve as atividades profissionais é, portanto, chamado de processo de trabalho. O trabalho em saúde apresenta características peculiares e o entendimento dessas características e das particularidades é essencial para compreensão do processo de trabalho e intervenção sobre o mesmo (FARIA *et al.*, 2009).

Sanna (2007) aponta que na enfermagem há mais de um processo de trabalho, que podem ou não serem realizados concomitantemente. Os processos são: assistir, administrar, ensinar, pesquisar e participar politicamente. Para Peres e Ciampone (2006), o trabalho da enfermagem é constituído por diferentes processos: assistir/cuidar, gerenciar/administrar, pesquisar e ensinar. E enfatizam que gerenciar e cuidar são processos mais evidenciados no trabalho do enfermeiro.

Neste estudo serão enfatizados os processos de trabalho do enfermeiro no gerenciamento e na assistência, uma vez que estão em coerência com o objeto de estudo e são os de maior relevância em uma unidade de urgência e emergência. Segundo Furtado (2009), o trabalho dos enfermeiros, em serviços que atendem situações de urgência, está relacionado ao cuidado aos pacientes, bem como o gerenciamento de unidade e a coordenação da equipe de enfermagem.

Para Sanna (2007), os processos de trabalho na enfermagem abrangem os seguintes componentes: objeto, agentes, instrumentos, finalidades, métodos e produtos. O objeto é aquilo sobre o que se trabalha e que será transformado pela ação humana em produto ou serviço; os agentes são seres humanos que transformam a natureza, que intervêm e/ou alteram o objeto de trabalho; os instrumentos podem ser artefatos físicos, bem como conhecimentos, habilidades e atitudes que, de forma articulada, determinam como será feito o trabalho; a finalidade é a razão pela qual o trabalho é realizado; os métodos de trabalho são as ações organizadas de maneira a atingir a finalidade – pode ser execução de movimentos, até mesmo uma ação inteligente e planejada; e os produtos podem ser bens tangíveis ou prestação de serviços.

O processo de trabalho de assistir ou cuidar em enfermagem tem como objeto o cuidado demandado por indivíduos, famílias e comunidades; os agentes desse processo realizam atividades assistenciais de acordo com a legislação profissional¹ e são os enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem; os instrumentos que compõem o assistir em enfermagem são os conhecimentos, habilidades e atitudes, acrescido dos materiais, equipamentos, espaço físico para realizar o cuidado; e a finalidade é promover, manter ou recuperar a saúde. Os métodos do processo de trabalho de assistência em enfermagem são a sistematização da assistência e os procedimentos e técnicas de enfermagem e os produtos são pessoas saudáveis e/ou a morte com dignidade (SANNA, 2007).

1 O exercício profissional da enfermagem é regulamentado em pela Lei Nº 7.498/86 que dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências (BRASIL, 1986).

A legislação profissional prevê que as práticas de enfermagem são exercidas pelos profissionais enfermeiro, o técnico em enfermagem, o auxiliar de enfermagem e a parteira, com diferentes graus de habilitação. Em relação ao trabalho do enfermeiro, como agente do processo que se pretende analisar, o Artigo 11 da Lei Federal nº 7498, de 25 de junho de 1986, diz que o enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe privativamente, entre outras, em relação à assistência: cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida, bem como cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas. Em relação às ações gerenciais, é privativo do enfermeiro: direção do órgão de enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública e privada, e chefia de serviço e de unidade de enfermagem; organização e direção dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços; planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem (BRASIL, 1986).

Gerenciar em enfermagem pressupõe ter como objeto os agentes do cuidado e os recursos empregados para a assistência; como agente, exclusivamente o enfermeiro; como instrumentos as bases ideológicas e teóricas de administração e prática de gerenciamento de recursos; a finalidade deste processo é coordenar o processo de assistir em enfermagem; os métodos utilizados são: planejamento, tomada de decisão, supervisão e auditoria; e o produto refere-se às condições para o cuidado se efetivar com eficiência e eficácia (SANNA, 2007).

A gerência tem um caráter articulador e integrativo, e a atividade gerencial é determinada e determinante do processo de organização dos serviços de saúde. São inerentes à atividade gerencial as seguintes dimensões: técnica, política, comunicativa e de desenvolvimento da cidadania (MISHIMA *et al.*, 1997).

Conceitualmente, a dimensão técnica abrange conhecimentos e habilidades necessários para atingir objetivos de um determinado projeto, tais como planejamento, coordenação, supervisão, controle, avaliação e ainda o conjunto de saberes como epidemiologia, planejamento em saúde e outros. A dimensão política caracteriza-se por meio da articulação do trabalho gerencial ao projeto assistencial que se propõe empreender. A dimensão comunicativa está relacionada à capacidade de negociação presente nas relações de trabalho da equipe de saúde, visando à cooperação para o alcance de um objetivo comum. E o desenvolvimento da cidadania implica em fazer da gerência um instrumento de emancipação dos sujeitos envolvidos no processo de trabalho (MISHIMA *et al.*, 1997).

A articulação das ações gerenciais e assistenciais é imprescindível no processo de trabalho do enfermeiro em todas as áreas de atuação e, principalmente, na urgência, tendo em vista a necessidade de respostas rápidas. Segundo Peduzzi e Ciampone (2014), a articulação de ações pode ser compreendida no sentido de colocar em evidência as conexões existentes e as intervenções técnicas executadas pelos profissionais inseridos em uma mesma realidade de trabalho. Para integrar uma equipe de profissionais, é relevante a integração dos agentes, na qual os envolvidos buscam reconhecimento e entendimento mútuo.

Em serviços de urgência e emergência, a atuação do enfermeiro envolve articulações indispensáveis na assistência a pacientes em estado crítico com necessidades complexas. Além disso, aprimoramento científico, manejo tecnológico e humanização assumem grande importância, devido à complexidade e particularidades das ações no cuidar, bem como pelos recursos materiais e humanos mobilizados (COELHO *et al.*, 2010).

Reafirmando a importância desta articulação, Montezeli (2009) discute o papel do enfermeiro e o quanto essa articulação é necessária no contexto da urgência. Segundo a autora, o grande fluxo de pacientes atendidos e a dinamicidade da rotina de um pronto-socorro fazem com que o enfermeiro seja protagonista no processo de trabalho do setor, não apenas por realizar atendimento emergencial, mas por atuar efetivamente no gerenciamento da unidade, com o intuito de aperfeiçoar a organização e atender às necessidades de cada paciente. Para Alves, Ramos e Penna (2005), a atuação do enfermeiro de um serviço de urgência e emergência perpassa a gerência e assistência, uma vez que ele realiza ações essenciais de cuidado e gerenciamento de recursos e da equipe de enfermagem, além de ser intermediário entre a família e a equipe de atendimento.

Estudo realizado em um hospital identificou que os enfermeiros, a partir da discussão promovida no contexto de uma pesquisa acerca do processo de trabalho gerencial, passaram a compreender a complexidade deste processo de trabalho, a identificar as diferenças acerca do processo assistencial e, sobretudo, a perceber a complementariedade de atividades entre os mesmos (MANENTI *et al.*, 2012).

Estes resultados, pela semelhança, apontam que o trabalho do enfermeiro na urgência e emergência também envolve o processo gerencial e assistencial. No entanto, outros autores reconhecem esses processos, porém, apresentam as dificuldades de sua condução na prática cotidiana.

Na percepção de Peres e Ciampone (2006), a dimensão gerencial do processo de trabalho realizada pelo enfermeiro retrata a composição histórica da força de trabalho da enfermagem com uma nítida divisão técnica e social. O processo gerencial, que é privativo do

enfermeiro, reforça seu espaço hierárquico no grupo profissional, bem como contribui para a cisão entre gerência e execução do cuidado.

Um relato de experiência, com o objetivo de apresentar o conjunto das atividades desenvolvidas por enfermeiros de emergência de um hospital privado, mostra que os enfermeiros estão envolvidos na prestação de cuidados diretos ao paciente, mas que, em muitos momentos, existe uma sobrecarga das atividades administrativas em detrimento das atividades assistenciais (WEHBE; GALVÃO, 2001). Essa característica ainda se mantém atual, mesmo depois de vários anos, o que mostra a necessidade de se estabelecer responsabilidades específicas para enfermeiros assistenciais e gerenciais. Situação similar foi encontrada em estudo realizado em um pronto atendimento de adultos. O trabalho assistencial do enfermeiro foi influenciado pela demanda de atendimento e estava voltado principalmente para a dimensão gerencial-administrativa, afastando-o do cuidado direto ao paciente. Foi enfatizado que, embora houvesse, institucionalmente, uma divisão formal entre enfermeira assistencial e administrativa, a enfermeira assistencial ocupava grande parte do seu tempo com atividades gerenciais, próprias da enfermeira administrativa (YWATA *et al.*, 2009).

Em estudo que tinha como objetivo conhecer como o enfermeiro percebe o seu processo de trabalho na emergência de um hospital, Furtado (2009) destaca que a condução do processo de trabalho e o papel do enfermeiro não são bem estabelecidos pelo grupo. Segundo a autora, os profissionais consideram o processo de trabalho muito confuso e atribuem essa condição à absorção de muitas atividades que não são da sua competência, ocasionando sobrecarga de trabalho e desviando-os para outras finalidades.

Nesse sentido, ressalta-se que a articulação entre gerenciar e assistir é essencial quando se trabalha com pacientes críticos em uma unidade de urgência emergência, onde as ações têm um tempo ótimo e dependem de um serviço articulado e cooperativo, além de recursos e infraestrutura para serem realizadas. Mas, ao mesmo tempo, essa articulação se apresenta como um desafio constante no processo de trabalho do enfermeiro em unidades de urgência. Tais desafios estão relacionados ao próprio processo de trabalho, à compreensão e execução das ações pelos enfermeiros, pouca distinção ou limites tênues entre as dimensões gerencial e assistencial que precisam ser articuladas e o predomínio da ação gerencial em detrimento da assistência direta ao paciente.

Nesse contexto, parte-se do pressuposto de que, no processo de trabalho do enfermeiro em urgência e emergência, há uma cisão entre ações gerenciais e assistenciais. Assim, propõe-se a realização de um estudo sobre o processo de trabalho do enfermeiro em uma unidade de

urgência e emergência de um hospital, focalizando a articulação entre as funções de gerência e assistência de enfermagem, na visão dos enfermeiros da unidade.

A relevância deste estudo sobre processo de trabalho do enfermeiro em urgência e emergência mostra-se atual pelas constantes mudanças tecnológicas do setor que exigem sua abordagem nos processos de formação para atender às demandas dos serviços. Possibilita, também, reflexão e maior compreensão acerca das características e particularidades do trabalho do enfermeiro no contexto de urgência e emergência.

A aproximação da enfermagem com o tema “processo de trabalho” permite discutir a organização tecnológica da prática de enfermagem e sua relação com os demais trabalhos em saúde. A análise do processo de trabalho de enfermagem em realidades concretas possibilita maior compreensão das dinâmicas e contradições presentes nas práticas e, conseqüentemente, contribui para a adoção de estratégias de intervenção e mudança da realidade (ALMEIDA; ROCHA, 1997). Na mesma direção, Pires (2009) afirma que o entendimento sobre características e necessidades do objeto de trabalho, bem como o maior ou menor domínio sobre o processo de trabalho, influencia na capacidade dos profissionais de definirem suas ações e, assim, atingir as finalidades do seu trabalho.

O debate sobre o processo de trabalho é relevante para compreensão da organização do trabalho em saúde, considerando que o mesmo é realizado por uma dimensão coletiva. A análise da micropolítica de organização do trabalho pode permitir a identificação de um potencial de reestruturação dos processos de trabalho e melhoria da resolutividade nos serviços de saúde (MERHY; FRANCO, 2009).

Este estudo tem como objetivo analisar os processos de trabalho do enfermeiro na unidade de atendimento de urgência e emergência em hospital de pronto-socorro público, focalizando a articulação entre ações gerenciais e assistenciais do enfermeiro.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Este capítulo apresenta um resgate dos principais conceitos e teorias a respeito dos assuntos diretamente relacionados ao tema estudado, com a finalidade de proporcionar embasamento, por meio de uma revisão de literatura, às concepções que se articulam com a pesquisa de campo realizada, apresentada e analisada posteriormente. Assim, são descritos os assuntos correlacionados a duas categorias elementares: (2.1) considerações sobre o trabalho em saúde e na enfermagem e (2.2) atenção às urgências e emergências, com base em autores e obras pertinentes à área de estudo enfocada.

2.1 Considerações sobre o trabalho em saúde e na enfermagem

O trabalho altera o estado natural dos materiais para uma nova e melhor utilidade. O trabalho humano é consciente e proposital, orientado pela inteligência, sendo este produto da espécie humana, enquanto o trabalho de outros animais é instintivo. Essas características distinguem os diversos tipos de trabalho. No trabalho humano, a unidade de concepção e execução não é inviolável, ou seja, a ideia concebida por uma pessoa pode ser executada por outra. Dessa maneira, a capacidade de dissociar faz com que o trabalho humano e seus determinantes constituam as interações complexas entre ferramenta, relações sociais, tecnologia e sociedade (BRAVERMAN, 1987).

Braverman (1987) assume como objeto de análise o trabalho sob as relações capitalistas. Destaca, na produção capitalista, a compra e venda da força de trabalho, na qual o processo de trabalho tem início com um contrato que estabelece as condições de venda da força de trabalho pelo trabalhador e a compra pelo empregador. Essa configuração ocorre devido às condições sociais, nas quais o empregador detém uma unidade de capital e atua na expansão do mesmo e criação do lucro, enquanto o trabalhador assume o trabalho assalariado.

Na produção capitalista, um dos princípios fundamentais é a divisão de trabalho. Contudo, faz-se necessário diferenciar a divisão social e a divisão técnica do trabalho. A divisão social do trabalho é inerente ao trabalho humano que divide a sociedade em ocupações; enquanto a divisão técnica corresponde ao parcelamento dos processos em operações realizadas por distintos trabalhadores, cumprindo o planejado por outros (BRAVERMAN, 1987).

Na divisão técnica do trabalho, orientada pelo modo capitalista, identifica-se a separação entre o trabalho mental e o trabalho manual; simbolicamente, a separação de mão e

cérebro. Essa separação compõe a concepção e a execução, inerente ao modo de produção capitalista e confere um lugar de destaque aos grupos ligados à gerência em detrimento dos executores do trabalho que operam nas unidades de produção (BRAVERMAN, 1987).

Nesse contexto, as contribuições de Taylor tinham como elemento fundamental o controle do trabalho e da força de trabalho. O controle do trabalho, realizado pela gerência, definia, em períodos pré-estabelecidos, quais tarefas e ações deviam ser executadas pelos trabalhadores. A partir das contribuições de Taylor, há uma cisão entre concepção e execução. Ford em suas fundamentações é ainda mais extremo na cisão entre planejar e executar, e sugem outros elementos, como o parcelamento de tarefas e desqualificação. No Fordismo, o trabalho é fragmentado, simplificado e o tempo em que as atividades são desenvolvidas é determinado pela máquina. Esse modo de produção configura uma nova relação social na qual o homem é subordinado à máquina, e o método é a produção em massa e com produtos padronizados (PIRES, 2008).

Antunes (2008) afirma que, no século XX, a estrutura produtiva, representada por uma fábrica sob o controle rígido do capital, se desenvolveu através do binômio taylorismo-fordismo. Para Taylor, os trabalhadores deveriam executar o trabalho em um rígido controle de tempo e movimentos, para o qual deveria haver gestores responsáveis pelo controle da produção. E as contribuições de Ford, por meio da linha de montagem, concebida em ritmo seriado, rígido e parcelar, gerou uma produção em massa, visando à ampliação do consumo. Essa materialidade produtiva influenciou o setor industrial e de serviços.

Estas considerações acerca do trabalho são resultado de uma construção para a produção industrial. No entanto, há certa escassez de análises teóricas robustas do trabalho no setor de serviços, uma vez que, na dinâmica do século XIX, esse setor não era expressivo. No entanto, faz-se necessário contextualizar o processo de trabalho em serviços (PIRES, 2008).

O setor de serviços torna-se relevante na sociedade quando são transformadas antigas formas de cooperação nas relações familiares e na sociedade, como: arrumar casa, preparar alimentos, cuidar de crianças e idosos, entre outros. Cria-se, então, um novo modo de produção em que se contratava empregados para realizar atividades que, a princípio, as pessoas faziam para si próprios e não como prestação de serviço, ou seja, no modo de produção no setor de serviços, o trabalhador vende sua força de trabalho ao capitalista que, por sua vez, revende ao mercado de bens e serviços, atingindo, assim, o cliente (BRAVERMAN, 1987).

Nas últimas décadas do século XX, é expressiva a expansão de trabalhadores no setor de serviços devido à incorporação de trabalhadores que saíram do setor produtivo industrial.

Ressalta-se que essa absorção pelo setor de serviços ocorreu em um contexto de mudanças organizacionais, tecnológicas e de gestão, no qual a racionalidade e a lógica dos mercados influenciaram o trabalho nos serviços (ANTUNES; ALVES, 2004).

No setor terciário de economia, a área de saúde tem aspectos similares a outras áreas na prestação de serviços, mas também particularidades no que se refere ao trabalho em saúde e na enfermagem. O trabalho em saúde tem como característica uma produção não material que se concretiza no ato. O ato assistencial prevê um trabalho realizado por diversos profissionais que detém conhecimento e domínio de técnicas específicas para prestar assistência ao indivíduo/grupo/sociedade (PIRES, 2008). Mandú *et al.* (2011) ampliam a concepção de trabalho a partir da compreensão do sentido social e político das relações entre ciência, técnica e organização da atenção à saúde, pressupondo que todo trabalho é ato processual orientado por finalidades sociais, que não se limitam à objetividade técnico-científica.

Mendes-Gonçalves (1994), referência no tema trabalho em saúde, buscou compreender as práticas em saúde e realizou discussões acerca de tecnologia. Para o autor, o conceito de organização tecnológica do trabalho em saúde refere-se aos nexos estabelecidos no interior do processo de trabalho na atividade operante, realizada através de instrumentos considerados em sentido amplo, sendo o conhecimento o principal deles, uma vez que orienta todo o processo, os objetos de trabalho e a finalidade (MENDES-GONÇALVES, 1994).

Merhy e Franco (2009) discutem o trabalho e suas peculiaridades nos micro processos. Os autores consideram que o objeto do trabalho adquire sentido através da ação intencional e concretiza-se por meio de ferramentas e do modo como se organiza o trabalho. Reconhecem que há uma diversidade inerente ao trabalho humano, pois cada trabalho tem como objeto coisas distintas e, conseqüentemente, tem modos de organizar o trabalho e técnicas específicas, bem como trabalhadores próprios para a produção de determinado produto ou serviço.

O processo de trabalho associa trabalho em ato, ou trabalho vivo, ao trabalho morto. O trabalho vivo é o trabalho efetivado no mesmo momento em que é consumido e o trabalho morto é o trabalho feito antes e concretizado por meio do seu produto (MERHY; FRANCO, 2009).

O trabalho em saúde ocorre por meio do “trabalho vivo em ato”, ou seja, no momento em que é executado, o trabalho humano corresponde e determina a produção do cuidado. E o processo de trabalho em saúde é mediado por tecnologias: tecnologia dura, tecnologia leve-dura e tecnologia leve. O arsenal tecnológico pode ser compreendido a partir das seguintes

denominações: tecnologia dura diz respeito a máquinas e instrumentos; tecnologia leve-dura se refere ao saber técnico estruturado; e tecnologia leve diz respeito às relações entre os sujeitos. O modo de produzir o cuidado está relacionado aos diferentes arranjos tecnológicos, no que diz respeito ao predomínio e interação dessas tecnologias, uma vez que as mesmas são mediadoras do processo de trabalho em saúde (MERHY; FRANCO, 2009).

A discussão do trabalho da enfermagem deve ser fundamentada por uma concepção que a contemple como profissão, com competência técnica e científica, mas também como prática social. A enfermagem, como prática de saúde, deve ser compreendida a partir do contexto sócio-histórico sobre o qual interfere e sofre interferências, pois estabelece relações com outros trabalhos, com as dimensões econômicas, culturais e sociais das instâncias que compõem a estrutura de uma sociedade (PEREIRA *et al.*, 2009).

O debate sobre o trabalho em saúde e enfermagem incorpora vários conceitos correlatos ao de trabalho e processo de trabalho, como divisão social e técnica do trabalho, força de trabalho, trabalho produtivo e não produtivo, práxis, alienação do trabalho, trabalho vivo e trabalho morto, dentre outros (MANDÚ *et al.*, 2011, p.767).

Para Pires (2008), estudiosa do processo de trabalho em saúde e na enfermagem, a lógica de organização capitalista está presente nos serviços de saúde, bem como na assistência, principalmente no espaço institucional do hospital. Para a autora, a enfermagem organiza-se como profissão em conformidade com o modo capitalista de produção. O trabalho da enfermagem, genericamente, é composto por atividades relacionadas ao cuidado e à administração, e passa a ter característica profissional a partir da criação de um modelo de formação e de prática assistencial por Florence Nightingale, em 1860.

No modelo Nightingaliano, que conforma a enfermagem como uma prática profissional, ocorreu a categorização da equipe de enfermagem (*nurses e lady-nurses*), surgindo, então, uma fragmentação das tarefas relacionadas ao cuidado. Nesse modelo, às lady-nurses cabia o ensino e supervisão e às nurses as tarefas manuais (SOUZA *et al.*, 2006), sendo possível identificar uma nítida divisão social e técnica do trabalho que permanece até os dias atuais, com a divisão entre enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

O enfermeiro, profissional de nível superior da equipe, tem como atribuição o gerenciamento, o controle do trabalho assistencial de enfermagem e delega aos profissionais de nível técnico atividades específicas e parcelares. Dessa forma, estabelece uma organização interna e autonomia profissional, mas há uma subordinação ao gerenciamento do ato assistencial pelo profissional médico (PIRES, 2008; PEREIRA *et al.*, 2009).

Hausmann e Peduzzi (2009) consideraram que o processo de trabalho do enfermeiro é composto por duas dimensões principais, complementares e interdependentes, ou seja, assistencial e gerencial. Na primeira, o enfermeiro tem como objeto de intervenção as necessidades de cuidado de enfermagem e tem por finalidade o cuidado integral; enquanto no segundo, que é privativo do enfermeiro, tem como objeto a organização do trabalho e dos recursos humanos em enfermagem, com a finalidade de criar e implementar condições adequadas de cuidado dos pacientes e de desempenho para os trabalhadores.

No processo de trabalho do enfermeiro, Hausmann e Peduzzi (2009) identificaram cisão entre as dimensões assistencial e gerencial, que compromete a qualidade e gera conflitos, tanto do profissional com sua prática, quanto na relação com a equipe de enfermagem e de saúde. E ponderam ainda que:

[...] o enfermeiro que está na administração tende a valorizar esta ação como uma ação que subsidia a viabilização do cuidado, por outro lado, quem está no cuidado tende a depreciar a atividade do gerenciamento, atribuindo-lhe um cunho burocrático (HAUSMANN, PEDUZZI 2009, p.259).

Segundo Pires (2009), no processo de trabalho, a hierarquia de trabalhos e de saberes pode contribuir para tensões entre os agentes com conflitos explícitos ou não.

A partir da literatura, torna-se possível destacar que os modos de operar são caracterizados por maior ou menor divisão técnica e social do trabalho, dependendo dos formatos organizacionais, e evidenciar esta divisão presente na enfermagem. Portanto, ressalta-se a importância do gerenciar e assistir articulados no processo do trabalho do enfermeiro, tendo em vista as características da profissão e dos hospitais.

Torna-se ainda mais instigante discutir o processo de trabalho do enfermeiro e suas dimensões em unidades de urgência e emergência, nas quais a articulação pode ser considerada uma estratégia essencial, um elemento responsável pelo sucesso ou insucesso na prestação de cuidados, atendendo às políticas de saúde e políticas específicas para a área de urgência.

2.2 Atenção às urgências e emergências

Atualmente, há uma Política Regulatória, Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2010). As RAS podem ser compreendidas como

organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde vinculados com o propósito de ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde (MENDES, 2011). E ainda:

[...] a Rede de Atenção à Saúde é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010, p.1).

O hospital deve ser entendido como parte integrante dessa rede, articulado com outros pontos de atenção à saúde e com os sistemas de apoio. Os hospitais devem cumprir, principalmente, a função de responder às condições agudas ou aos momentos de agudização das condições crônicas, conforme estabelecido em diretrizes clínicas baseadas em evidências. Para tal, os hospitais em redes devem ter densidade tecnológica compatível com o exercício dessa função e devem operar com padrões ótimos de qualidade (MENDES, 2011). Nesse contexto permeado por transformações e de investimento político-institucional, o hospital é considerado um equipamento de saúde diferenciado, uma organização complexa e que se encontra em um processo de redefinição (FEUERWERKER; CECÍLIO, 2007).

A importância da estruturação de oferta de serviços hospitalares fez-se necessária diante do cenário da saúde no Brasil e no mundo, em que há elementos com impacto sobre o hospital, dentre eles, os componentes demográfico e de perfil epidemiológico (VECINA NETO; MALIK, 2007). A queda da mortalidade infantil, associada à redução da fecundidade e ao envelhecimento da população, tem reflexos imediatos no consumo de serviços de saúde. No perfil epidemiológico, identifica-se redução da mortalidade por moléstias infectocontagiosas; aumento da mortalidade ocasionada por doenças crônico-degenerativas e causas externas; e o reaparecimento de enfermidades reemergentes. Esse novo perfil de morbidade e mortalidade acarreta maior utilização de ações e serviços de saúde e demanda por serviços cada vez mais complexos (VECINA NETO; MALIK, 2007).

Nesse sentido, para melhorar a atenção às condições agudas e de eventos de agudização das doenças crônicas no país, foi implantada a rede de atenção às urgências e emergências. No Brasil, o Ministério da Saúde (MS), com o objetivo de ampliar o acesso e a melhoria da qualidade da atenção à saúde no SUS, implantou as redes temáticas prioritárias para o alcance desses objetivos. Dentre as redes temáticas prioritárias, a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) se destaca, tendo em vista as situações clínicas envolvidas, além da superlotação dos prontos-socorros. Em julho de 2011, o Ministério da Saúde publicou

a Portaria nº 1.600, reformulando a Política Nacional de Atenção às Urgências, de 2003 e, instituindo a Rede de Atenção às Urgências e Emergências no SUS (BRASIL, 2013a).

A RUE é uma rede complexa que atende a diferentes condições clínicas, cirúrgicas e traumatológicas, composta por diferentes pontos de atenção, de forma a dar conta das diversas ações necessárias ao atendimento às situações de urgência (BRASIL, 2013a). A finalidade da RUE é articular e integrar todos os equipamentos de saúde do SUS, para ampliar e qualificar o acesso integral dos usuários em situação de urgência. Essa rede preconiza a atenção às urgências em todos os níveis de atenção, contemplando a assistência desde a Atenção Primária à Saúde (APS) nas Unidades Básicas de Saúde (UBS); a atenção pré-hospitalar com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e assistência hospitalar, bem como a assistência domiciliar (JORGE *et al.*, 2014).

O Componente da Atenção Hospitalar da RUE do SUS foi instituído pela Portaria MS/GM nº 2.395, de 11 de outubro de 2011 e é organizado por meio de portas hospitalares de urgência e emergência; enfermaria de retaguarda clínica; unidades de cuidados prolongados e hospitais especializados em cuidados prolongados; leitos de terapia intensiva; organização das linhas de cuidado prioritárias (BRASIL, 2011). Uma das estratégias prioritárias na RUE é a proposta de qualificar as portas hospitalares de urgência e emergência (BRASIL, 2013a).

A porta hospitalar de urgência e emergência pode ser compreendida como um setor do hospital que precisa agir de forma rápida, garantir equipes qualificadas e que apresente tomadas de decisão assertivas, bem como prestar cuidados aos pacientes mais graves por meio de procedimentos de maior complexidade técnica (SILVA *et al.*, 2014).

A porta hospitalar de urgência e emergência é uma das estratégias prioritárias que se faz necessária, uma vez que apresenta como dificuldade a reorganização do componente de atenção hospitalar e leitos de retaguarda, mas que, ao mesmo tempo, é contemplada com uma indução financeira. Além disso, hospitais utilizam tecnologias mais onerosas, profissionais especializados, sendo referência para os demais níveis. Segundo Jorge *et al.* (2014), o componente da atenção hospitalar é o que recebe o maior recurso entre os pontos de atenção para dar suporte as urgências, devido a sua relevância e deficiência de leitos resolutivos e qualificados.

A reorganização da atenção hospitalar é um dos maiores desafios. Historicamente, o hospital atua de forma desarticulada da rede, ofertando atenção curativa com foco no trabalho médico e de enfermagem, configurando-se, ainda, como porta de entrada significativa. Assim, o pronto-socorro hospitalar é visto pela população como o meio mais rápido ao qual recorrem com a expectativa de resolverem seus problemas de saúde. O impacto desta oferta de serviço,

reforçado pela população, são prontos socorros superlotados e não necessariamente resolutivos, uma vez que está acima da capacidade de atendimento, acrescido da deficiência de estrutura física, de equipamentos e de qualificação de pessoas (JORGE *et al.*, 2014).

Na implantação da RUE e, ao longo período da efetivação, foi instituído pelo Ministério da Saúde o Programa SOS Emergência com intuito de aperfeiçoar a qualificação da gestão e melhorar o atendimento nas maiores urgências e de maior complexidade em todo território nacional. O programa é uma ação estratégica das três esferas de poder: federal, estadual e municipal, regulamentado pela Portaria GM/MS nº 1663, de 06 de agosto de 2012 (BRASIL, 2012a). Tem como marco inicial novembro de 2011, com a meta de implantação em 31 unidades hospitalares, nas quais foram inseridas 12 unidades no período de 2011-2012, 10 unidades em 2013 e 09 (nove) unidades em 2014 (CECÍLIO *et al.*, 2014).

O SOS Emergência visa contribuir com o modo de operar e gerir espaços micropolíticos de produção de cuidado de algumas instituições. O programa tem como característica uma política de intervenção *in loco* e não de ser uma intervenção extensiva (CECÍLIO *et al.*, 2014). Compreende-se a micropolítica das organizações de saúde como um:

Conjunto de relações que estabelecem entre si os vários atores organizacionais, formando uma rede complexa, móvel, mutante, mas com estabilidade suficiente para constituir uma determinada "realidade organizacional" – dessa forma, relativamente estável no tempo, podendo, assim, ser objeto de estudo e intervenção. Os atores são portadores de valores, de projetos, de interesses e disputam sentidos para o trabalho em saúde. É um campo, portanto, desde sempre, marcado por disputas, acordos e composições, coalizões, afetos. Um campo atravessado e constituído por relações de poder (CECÍLIO, 2009, p.547).

Essa concepção remete à pretensão do programa, pois atuar sobre espaços micropolíticos possibilita romper com um dos maiores desafios de qualquer política de saúde: o desafio de operacionalizá-la. A atuação *in loco* considera a missão da instituição, a inserção na rede de atenção, o perfil assistencial, os arranjos tecnológicos, entre outros, contribuindo, assim, para um processo de reflexões e mudanças de forma contextualizada, e consequentemente, para o alcance do objetivo almejado (CECÍLIO *et al.*, 2014).

3 PERCURSO METODOLÓGICO

Neste capítulo, são apresentados as técnicas e métodos de pesquisa utilizados para a consecução do presente estudo, com ênfase nos procedimentos adotados para a realização, apresentação, discussão e análise dos resultados coletados por ocasião da pesquisa de campo. Dessa forma, destacam-se: caracterização do estudo; cenário de estudo; sujeitos de pesquisa; coleta de dados; análise de dados; e aspectos éticos.

3.1 Caracterização do estudo

Trata-se de um estudo de caso, de abordagem qualitativa. A opção pela abordagem qualitativa se deu pela perspectiva de visualizar o objeto e a compreensão da realidade subjetiva, sendo que se:

[...] aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam (MINAYO, 2010, p.57).

Essa abordagem é também capaz de incorporar o significado e a intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo essas compreendidas como construções humanas significativas (MINAYO, 2010).

O estudo de caso é definido como uma pesquisa que investiga um fenômeno contemporâneo em seu contexto natural, em situações em que as fronteiras entre o contexto e o fenômeno não são evidentes, utilizando múltiplas formas de evidência (YIN, 2010). O estudo de caso permite a flexibilidade e diferentes fontes de dados.

A opção pelo estudo de caso, como método de investigação, considerou o objeto e objetivo da pesquisa, uma vez que permite que o pesquisador retenha as características holísticas e significativas dos eventos na vida real, sobre os fenômenos individuais, grupais, organizacionais e administrativos, sociais (YIN, 2010). Neste estudo, o caso é o processo de trabalho assistencial e gerencial do enfermeiro em uma unidade de urgência e emergência de um hospital de pronto-socorro.

3.2 Cenário de estudo

O cenário de estudo foi a unidade de urgência e emergência de um hospital público da Fundação Hospitalar de Minas Gerais (FHEMIG), escolhido devido à prévia inserção da pesquisadora nesse cenário, o que facilita o acesso aos dados, além de ser um hospital de referência e excelência no atendimento a pacientes vítimas de politraumatismos, grande queimaduras, intoxicações e situações clínicas e/ou cirúrgicas com risco de morte (FHEMIG, 2016).

Segundo o Decreto nº 45.128, de 2 de Julho de 2009, a FHEMIG presta serviços de saúde e assistência hospitalar, em caráter regional e estadual, em níveis secundário e terciário de complexidade, por meio de estrutura hospitalar integrada ao Sistema Único de Saúde (SUS), totalizando 21 unidades assistenciais no Estado de Minas Gerais. As unidades hospitalares da FHEMIG são agrupadas em complexos, no qual o hospital do cenário de estudo integra o complexo de urgência e emergência (MINAS GERAIS, 2009).

O hospital está localizado em Belo Horizonte e foi fundado em 1973, quando integrava a Fundação Estadual de Assistência Médico de Urgências (FEAMUR) e, em 1977, foi incorporado à FHEMIG. Atualmente é uma das maiores referências em urgência e emergência no país, devido à qualidade de atendimento, às adequações e ampliação de sua estrutura ao longo dos anos, bem como à incorporação de novas tecnologias e técnicas (FHEMIG, 2012). O cenário deste estudo integra o Programa SOS Emergências, sendo considerado porta de entrada hospitalar estratégica na Rede de Atenção as Urgência e Emergência do Estado de Minas Gerais (CECÍLIO *et al.*, 2014).

Em relação à estrutura do negócio do hospital, identifica-se em sua missão, visão e valores uma coerência em relação aos serviços ofertados. Sua Missão é:

Atuar como centro de excelência no atendimento a pacientes vítimas de politraumatismo, grandes queimaduras, intoxicações e situações clínicas e/ou cirúrgicas de risco iminente à vida, garantindo uma assistência digna de qualidade, com ética, respeito e qualidade à clientela atendida no hospital (FHEMIG, 2016).

A visão do hospital é “Manter-se em constante aprimoramento como centro estadual de referência no atendimento hospitalar às urgências e emergências, sob os aspectos de assistência, gestão, ensino e pesquisa”; enquanto os valores institucionais são pautados na qualidade, ética, respeito, honestidade, competência, dedicação, solidez, confiabilidade, atuação em equipe e satisfação do usuário (FHEMIG, 2016).

Em relação ao perfil de atendimento, os principais serviços oferecidos são: atendimento a vítimas de grandes queimaduras; atendimento médico de urgência para traumas ortopédicos em vítimas de acidentes em estado grave; atendimento médico em casos de envenenamento ou intoxicação grave; atendimento médico-hospitalar a feridos em casos de grandes catástrofes; cirurgias de urgência para pacientes com risco de morte; atendimento em urgência de clínica médica; tratamento médico para adultos que necessitam de cuidados intensivos e intermediários. As especialidades contempladas são: cirurgia geral; clínica médica; pediatria; neurologia, neurocirurgia; ortopedia; cirurgia plástica reparadora; cirurgia e traumatologia bucomaxilofaciais; otorrinolaringologia; medicina intensiva; anestesiologia; cirurgia cardiovascular; oftalmologia (FHEMIG, 2016).

Segundo informação do hospital, a unidade de urgência e emergência é composta por sete ambulatórios de especialidades e serviços como: heliponto, sala de sutura, sala de toxologia, triagem, serviço de diagnóstico e imagem.

3.3 Sujeitos de pesquisa

Os sujeitos deste estudo foram enfermeiros que atuam na gerência da unidade da urgência/emergência, bem como as enfermeiras assistenciais da unidade de urgência/emergência. Os participantes foram vinte enfermeiros coordenadores e assistenciais, cujo critério de inclusão foi: ser enfermeiro em cargo de gerência e de assistência na unidade há mais de seis meses por deterem as informações necessárias. Os critérios de exclusão foram: estar de férias ou licença no período da coleta de dados ou se recusar a participar da pesquisa.

Em relação à descrição dos sujeitos de pesquisa, 4 eram do sexo masculino e 16 do sexo feminino, e em relação ao cargo 2 eram enfermeiros coordenadores e 18 enfermeiros assistenciais ou supervisores.

Em relação ao ano de formação, o período foi de 2000 à 2013; no qual 3 enfermeiros formaram no período de 2000 – 2004, 9 enfermeiros formaram no período de 2005 – 2008 e 8 enfermeiros formaram no período de 2009 – 2013. Em relação à especialização: 7 enfermeiros com especialização em urgência e emergência, 6 enfermeiros com especialização em terapia intensiva, 5 enfermeiros com especialização em saúde da família, 4 enfermeiros com especialização em gestão, 1 enfermeiro com especialização em enfermagem do trabalho, 1 enfermeiro com especialização em saúde pública e 3 enfermeiros não tinham especialização.

3.4 Coleta de dados

Para melhor apreensão da realidade, foram utilizadas como técnicas de coleta de dados a observação direta e entrevista com roteiro semiestruturado. A observação direta serve como uma fonte de evidência no estudo de caso, uma vez que proporciona informações adicionais passíveis de serem investigadas no ambiente natural do “caso”, tais como: comportamentos relevantes ou condições ambientais (YIN, 2010). As observações foram utilizadas para enriquecimento da análise.

A entrevista tem sido utilizada como técnica privilegiada na coleta de dados em pesquisa qualitativa, pois permite obter dados objetivos e subjetivos. Os dados objetivos fornecem os fatos concretos da realidade, enquanto dados subjetivos são informações que tratam da reflexão do sujeito sobre a realidade que vivencia. Os dados subjetivos constituem a representação da realidade: ideia, maneiras de pensar, maneiras de sentir, maneira de atuar, conduta. Vale ressaltar que dados subjetivos são necessários para responder aos questionamentos deste estudo. O roteiro semiestruturado permite ao pesquisador ter participação ativa no processo de entrevista, sendo possível ultrapassar as questões pré-estabelecidas, em uma conversa direcionada. Além disso, permite que o entrevistado discorra sobre o tema proposto sem condições pré-fixadas pelo pesquisador (MINAYO, 2010).

A coleta de dados foi realizada no período de outubro a dezembro de 2015, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (COEP) da UFMG e do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da FHEMIG. A coleta foi organizada em dois momentos: observação e entrevista. A observação do processo de trabalho da unidade foi realizada mediante inserção da pesquisadora no ambiente de trabalho, comunicada previamente aos participantes, antes da realização das entrevistas para evitar viés. A entrevista foi realizada com roteiro semiestruturado (APÊNDICE I) com as gerentes e enfermeiras assistenciais que atuavam na unidade da urgência e emergência.

As entrevistas foram realizadas na unidade em que os profissionais estavam atuando, após a apresentação da pesquisa e concordância dos participantes que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE II), em duas vias com cópia para o participante. As entrevistas foram transcritas na íntegra para análise e interpretação das falas dos entrevistados, de forma a garantir a totalidade e a fidedignidade das informações.

3.5 Análise dos dados

Os dados coletados por meio de entrevistas foram submetidos à análise de conteúdo, utilizando a análise temática segundo Bardin (2009). Essa estratégia consiste em um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos, a descrição de conteúdo das mensagens. A análise de conteúdo trabalha com a materialidade linguística através das condições empíricas do texto, estabelecendo categorias para sua interpretação. Essa técnica de análise dos dados possibilita compreender o pensamento do sujeito através do conteúdo expresso no texto, numa concepção transparente de linguagem (CAREGNATO; MUTTI, 2006).

A técnica de análise de conteúdo desdobra-se em três etapas: (1) pré-análise: consiste na escolha de documentos a serem analisados e na retomada da hipótese e dos objetivos iniciais. Essa fase pode ser decomposta nos seguintes procedimentos: leitura flutuante, formulação de hipóteses, referenciação dos índices e elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação; (2) exploração do material: é a fase analítica que consiste de uma operação classificatória que visa alcançar o núcleo de compreensão do texto para sua análise e categorização. As categorias formadas são expressões significativas dos temas que compõem a comunicação e cuja presença ou frequência de aparição pode significar alguma coisa para o objetivo analítico; (3) tratamento dos resultados obtidos e interpretação: nessa etapa os resultados são analisados por meio dos significados da mensagem, o pesquisador propõe inferência e realiza interpretações (BARDIN, 2009).

Neste estudo, os dados das entrevistas gravadas em áudio foram transcritos na íntegra, com o auxílio do programa *InqScribe*, gerando um banco de dados de entrevistas. O banco de dados totalizou em 12 horas, 5 minutos e 47 segundos e a média do tempo das entrevistas foi de 36 minutos e 47 segundos. Também foram realizadas a primeira leitura e a limpeza do material, excluindo expressões repetidas. No segundo momento, realizou-se as codificações das entrevistas: atribuiu-se uma classificação alfa numérica composta pela letra “E”, seguida de identificação numérica de 1 a 20, referente à ordem em que foram entrevistados, ou seja, na apresentação e discussão dos resultados o código “E1” refere-se aos dados do primeiro enfermeiro entrevistado. Além da codificação, foram realizadas leituras exaustivas do material empírico e identificação das ideias centrais dos discursos que originaram três categorias: (1) a unidade de urgência e emergência; (2) o processo de trabalho do enfermeiro na unidade de urgência e emergência; e (3) o trabalho do enfermeiro coordenador e

assistencial e as articulações possíveis. No terceiro momento, os resultados foram descritos e submetidos à análise com fundamentação em referenciais teóricos.

3.6 Aspectos éticos

Este estudo, por tratar de uma pesquisa envolvendo seres humanos, atendeu ao preconizado pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Os procedimentos garantiram confidencialidade e privacidade, proteção da imagem e a não estigmatização dos participantes da pesquisa, garantindo a utilização das informações sem prejuízo das pessoas e/ou comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou de aspectos econômico-financeiros (BRASIL, 2012b).

O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação e aprovação do Departamento de Enfermagem Aplicada (ENA) da Escola de Enfermagem da UFMG, do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG, sob Parecer 46504215.7.0000.5149 (ANEXOS I e II), e do Comitê de Ética em Pesquisa da FHEMIG, sob Parecer 46504215.7.3001.5119 (ANEXO III).

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados foram organizados nas seguintes categorias: a unidade de urgência e emergência; o processo de trabalho do enfermeiro na unidade de urgência e emergência; e o trabalho do enfermeiro coordenador e assistencial e as articulações possíveis.

4.1 A unidade de urgência e emergência

Esta categoria apresenta aspectos relacionados à caracterização deste serviço, como estrutura física, os setores que compõem a unidade de urgências e emergências, a especificidade de cada setor, bem como evidenciar os setores estratégicos.

O hospital estudado foi construído na década de 1970, utilizando técnicas de engenharia e arquitetura com a finalidade de atender urgências clínicas e traumáticas, sendo à época o mais importante pronto socorro do município de Belo Horizonte (FHEMIG, 2016). Passados vários anos, a estrutura física ainda cumpre sua finalidade, na visão de enfermeiros, que são profissionais-chave na organização do fluxo e do atendimento a pacientes em situação crítica ou com risco de morte.

A unidade de urgência e emergência, cenário de estudo, apresenta também infraestrutura apropriada, no que diz respeito à amplitude do espaço; divisão interna dos setores, considerando as diferentes demandas de atendimento, principalmente dos pacientes críticos; acesso fácil aos setores de apoio diagnóstico; e acesso fácil aos setores de interface, como bloco cirúrgico.

Torna-se importante ressaltar que a estrutura física é adequada, segundo os enfermeiros entrevistados. Esse arranjo contribui para um fluxo de pacientes e atendimento de forma ágil, sendo, portanto, um elemento facilitador para o atendimento rápido ao considerar uma das especificidades crucial deste setor, que é o tempo de atendimento.

A estrutura física do pronto socorro eu acho que é excelente. É assim uma das melhores estruturas físicas [...] Pelo que há assim, esse pronto socorro, no meu ponto de vista, na teoria, ele é muito bom. A gente tem no mesmo plano, no mesmo andar salas de urgências que são muito amplas e que cabem uma grande quantidade de pacientes (E1).

O hospital é bem estruturado para atendimento de urgência. Você vê que o hospital tem toda uma lógica voltada para agilizar o atendimento do paciente gravemente enfermo, tanto com relação a exames de imagem, a logística do atendimento ao paciente vítima de grande traumatismo, a distância que você tem entre setores de apoio. Então tudo isso facilita (E3).

Cada ambulatório atende uma demanda dos pacientes, graças a Deus, nossa urgência é bem estruturada nisso porque a gente tem setores separados pra atender cada demanda dos pacientes, isso é um ponto muito bom para o fluxo, para o atendimento e para agilidade do atendimento também (E6).

Uma tese sobre arquitetura hospitalar, que teve como objetivo analisar os diversos aspectos envolvidos na assistência ao paciente crítico em unidades de urgência e emergência em ambiente hospitalar mostra que a estrutura física destes serviços deve contemplar espaços de atendimento como recepção, salas de emergência, consultórios, bem como conter amplos espaços de circulação. Em relação ao acesso, deve ser considerada a entrada do público em espaço periférico da área física e, ao mesmo tempo, manter proximidade com o centro cirúrgico, imagiologia e Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), o que garantirá o fluxo de atendimento (GIACOMO, 2011).

É importante salientar que as organizações hospitalares têm passado por muitas mudanças devido à complexidade estrutural, acessibilidade, agrupamento de serviços afins, fluxo de circulação interna e externa, legislação vigente, incorporação de alta tecnologia, requisitos de segurança, entre outros. Estes possibilitam que haja fatores como tempo, agilidade, oferta de tecnologia e instalações adequadas que, por sua vez, são imprescindíveis no sucesso de atendimento no contexto da urgência e emergência (GIACOMO, 2011).

Em relação à acessibilidade, no cenário de estudo, o acolhimento com classificação de risco é utilizado como estratégia. Segundo os achados da pesquisa, a porta de entrada é a classificação de risco e, posteriormente, o paciente é encaminhado para as salas de atendimento, denominadas ambulatórios.

A porta de entrada de todos os pacientes de emergência é a triagem, Classificação de Risco de Manchester. Depois da classificação, de acordo com a cor que o paciente recebe e com a queixa principal do paciente, ele é encaminhado para os diversos ambulatórios que tem aqui. (E6)

De acordo com o Manual Instrutivo da Rede de Atenção à Urgência e Emergência do SUS, as portas de entrada hospitalares de urgência são consideradas qualificadas quando apresentam, no que tange ao acesso do paciente, implantação do processo de acolhimento com classificação de risco, em ambiente específico, identificando o paciente segundo o grau de sofrimento ou de agravos à saúde e de risco de morte, priorizando aqueles que necessitem de atendimento imediato (BRASIL, 2013a).

A discussão sobre acolhimento remete-nos a um regaste da Política Nacional de Humanização (PNH), lançada pelo Ministério da Saúde em 2003, e vigente atualmente. Essa

política visa traduzir os princípios do SUS, construir trocas solidárias, oferecendo um eixo articulador dos processos de trabalho, na busca coletiva por saúde (BRASIL, 2016).

A PNH pretende, como resultado e impacto, a redução de filas e do tempo de espera; ampliação do acesso; atendimento acolhedor e resolutivo baseado em critérios de risco; implantação de modelo de atenção com responsabilização e vínculo; garantia dos direitos dos usuários; valorização do trabalho na saúde, bem como a gestão participativa nos serviços (BRASIL, 2016). Uma das diretrizes para a implementação desta política é o acolhimento, que apresenta o entendimento a seguir.

Acolher é reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde. O acolhimento deve comparecer e sustentar a relação entre equipes/serviços e usuários/populações. Como valor das práticas de saúde, o acolhimento é construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho e tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/ equipes e usuário com sua rede socioafetiva (BRASIL, 2013b, pag. 8).

O acolhimento com classificação de risco, como dispositivo tecno-assistencial, permite refletir e mudar os modos de operar a assistência, principalmente no processo de trabalho dos serviços de urgência (BRASIL, 2009).

Segundo Garlet *et al.* (2009), com o avanço nas políticas de atenção às urgências espera-se que os serviços de saúde garantam o acesso e sejam resolutivos e o acolhimento com avaliação de risco é uma estratégia para qualificar o atendimento, pois estabelece um equilíbrio entre a demanda do paciente e os recursos disponíveis na instituição. Essa estruturação é evidenciada pelos sujeitos da pesquisa.

O fluxo foi mais estruturado a partir do início da triagem, a classificação de risco pelo enfermeiro. A partir da classificação de risco em que é obrigatório ter um enfermeiro e geralmente um técnico na sala, eles classificam o paciente, priorizam o atendimento e encaminham pra unidade que precisam ir, as salas específicas das especialidades (E9).

Outro achado importante da pesquisa é que, devido à alta complexidade de atendimento deste hospital, identifica-se uma particularidade da classificação de risco. No cenário há duas salas destinadas a este atendimento e utiliza-se o Protocolo de Manchester, para classificar por cor, de acordo com a gravidade, junto com um fluxograma interno da instituição, para encaminhar o paciente para o ambulatório específico, o que revela a robustez da sua estrutura física, bem como a diversidade e gravidade do perfil de atendimento.

Nós trabalhamos com duas triagens que é a porta de entrada de todos os pacientes que dão entrada na unidade e, dependendo da queixa do paciente, dos sinais e sintomas que ele estiver apresentando ele vai ser direcionado pra algum desses ambulatorios [...] E a gente trabalha tanto com ele quanto com o fluxograma, o Protocolo de Manchester é um classificador dos sinais e sintomas da pessoa e trabalhamos também com o fluxograma da instituição. Então você classifica a pessoa, de acordo com o nível de gravidade da queixa e ela é encaminhada e recebe uma cor e, de acordo com essa cor, dentro do fluxograma da instituição a gente o encaminha para o setor (E4).

A partir dessa constatação, dois eixos devem ser analisados no que diz respeito à classificação de risco: o protocolo para classificação de risco adotado e a ambiência. O Modelo de Manchester é sistematizado a partir de algoritmos e discriminadores chaves, associados a tempos de espera simbolizados por cores e o mecanismo de entrada é uma queixa ou situação apresentada pelo paciente. O Protocolo de Manchester foi elaborado com o objetivo de organizar a fila nos serviços de urgências para assegurar que pacientes não esperem mais do que o tempo seguro para o primeiro atendimento médico (CORDEIRO; TORRES; RAUSCH, 2014).

Dessa forma, o método pretende assegurar que a atenção médica ocorra de acordo com o tempo resposta determinado pela gravidade clínica do paciente e contribui para o manejo seguro dos fluxos dos pacientes quando há uma demanda com o potencial de comprometer o atendimento. O paciente é classificado em uma das cinco prioridades identificadas por nome, cor e tempo alvo para a observação médica inicial (CORDEIRO *et al.*, 2015), conforme descrito na tabela a baixo:

Tabela1: Classificação por prioridade/cores/tempo pelo Protocolo de Manchester. Belo Horizonte, 2016.

| Prioridade | Cor | Tempo de resposta (min) |
|-------------------|------------|--------------------------------|
| Emergência | Vermelho | 0 |
| Muito urgente | Laranja | 10 |
| Urgente | Amarelo | 60 |
| Pouco urgente | Verde | 120 |
| Não urgente | Azul | 240 |

Fonte: Elaborado pela autora com base no Protocolo de Manchester.

A adoção do protocolo de Manchester no cenário de estudo está em consonância com o modelo utilizado em Minas Gerais. Segundo Souza *et al.* (2011), o Estado optou pela implantação do Protocolo de Manchester informatizado para direcionar a classificação de risco em todos os serviços de urgência e emergência de seu território.

Em estudo, realizado em um hospital público de Minas Gerais, tem como objetivo verificar o grau de concordância entre o protocolo utilizado no hospital e o protocolo de Manchester para a classificação de risco de usuários atendidos no pronto-socorro. A realização do mesmo reafirmou, por meio dos resultados, que o protocolo de Manchester é uma ferramenta sensível para detectar, na porta de entrada dos serviços de emergência, os pacientes que necessitarão de cuidados críticos. A partir da classificação de risco pelo protocolo de Manchester, 67% dos pacientes admitidos nas áreas de cuidados críticos foram classificados como vermelhos ou laranjas (SOUZA *et al.*, 2011).

Assim, com base nos relatos dos entrevistados, recomendações do Ministério da Saúde, bem como achados da literatura, em relação à utilização do protocolo de Manchester no cenário de estudo, pode-se afirmar que se trata de uma ferramenta que contribui para o processo de trabalho na urgência e emergência, tendo em vista que facilita o acesso ao serviço, potencializa o fluxo de pacientes e possibilita que os recursos sejam viabilizados de acordo com o perfil e gravidade do paciente.

Em relação à ambiência, a recomendação é que nos serviços de emergência esteja articulada a diretriz do acolhimento, que possua arranjos espaciais singulares, fluxos adequados e que, conjuntamente, favoreçam os processos de trabalho. As áreas devem evidenciar os níveis de risco dos pacientes com dois eixos: eixo vermelho, destinado ao atendimento à paciente grave, com risco de morte, com as salas vermelha, amarela e verde; e eixo azul, destinado à paciente aparentemente não-grave, mas que necessita ou procura o atendimento de urgência (BRASIL, 2009).

Em estudo de revisão sistemática, realizado por Bittencourt e Hortale (2009) com o objetivo apresentar e discutir as intervenções voltadas para solucionar o problema da superlotação dos serviços de emergências hospitalares, um dos achados diz respeito à ambiência. Os autores citam dois modelos: o modelo de intervenção baseado na organização em três ambientes (entrada, dentro e saída) e o modelo centrado na classificação de risco em dois fluxos: o azul e o vermelho. A distinção entre esses dois modelos permite estabelecer a complementaridade entre eles, na perspectiva de um terceiro modelo que aumente a capacidade operacional e o integre ao conjunto da organização hospitalar, pois proporcionaria maior sinergia entre as intervenções e impactaria a superlotação (BITTENCOURT; HORTALE, 2009).

No cenário desta pesquisa, a unidade é organizada por duas salas de classificação de risco e salas de atendimento, a partir de dois critérios: gravidade e especialidade médica. A disposição das salas de atendimento é a seguinte: ambulatório 1 (politrauma); ambulatório 8

(emergências clínicas são destinados ao atendimento de paciente grave); ambulatórios de especialidades (ambulatório 2: ortopedia; ambulatório 3: clínica médica; ambulatório 4: neurologia; ambulatório 5: pediatria; ambulatório 6: clínica cirúrgica; e ambulatório 7: toxicologia), destinados ao atendimento de paciente aparentemente não grave.

Os pacientes que são laranja e vermelho vão sempre para a emergência clínica ou para o ambulatório 1, que são os setores de atendimento de urgência e emergência; amarelo e verde, vão para os outros ambulatórios de pediatria, clínica médica, toxicologia, clínica cirúrgica, neurologia, pequenos ferimentos, otorrino, oftalmo, cirurgia plástica. (E6)

Analisando o cenário, a partir da recomendação do Ministério da Saúde, a unidade possui “arranjos espaciais singulares”, que são os ambulatórios, nos quais é importante salientar que sua distribuição segue a lógica de atendimento urgente e não urgente. No entanto, a nomenclatura do protocolo de Manchester, por exemplo, não é utilizada na sala vermelha. O que não representa demérito, muito pelo contrário, a ambiência do cenário é apontada como um fator facilitador do processo de trabalho.

Assim, é possível verificar que a estruturação da unidade de urgência e emergência, a partir dos critérios de gravidade e especialidade médica, associada à utilização do protocolo de Manchester que, em conjunto do fluxograma interno, aproxima-se do terceiro modelo descrito por Bittencourt e Hortale (2009). É possível identificar esta interação a partir da fala dos entrevistados e na descrição dos setores da unidade de urgência e emergência, atrelados ao fluxo e finalidade de atendimento de cada um.

Na emergência nós temos 09 salas de atendimento, que se divide em: a sala 1 que de politrauma. Sala de politrauma recebe todo paciente traumatizado que não seja caso clínico, como o próprio nome já diz: vítimas de acidentes automobilísticos, acidente de moto, qualquer tipo que envolve trauma que não seja caso clínico vai pra lá. Temos a sala 8 que é emergência clínica que vai só caso clínico. Vai paciente de trauma pra lá? Vai, mas é algum paciente que chegou aqui por algum trauma específico e aí descobriu que ele tem uma tuberculose, tem um AVC e aí fica esse tipo de paciente lá com trauma e de caso clínico. Vai paciente da toxicologia também, que chega e que são os casos laranja e vermelho, vão direto pra lá. Os demais vão pra sala 7 que é a sala de toxicologia pra pacientes verde e amarelo. Temos a sala 2 que é a sala de ortopedia e cirurgia de mão. Sala 3 específico de clínica médica, lá tem paciente da ortopedia também acima de 60 anos. Sala 4 é a sala neuro e a sala 6 é uma sala com diversas clínicas. Tem cirurgia geral, oftalmologia, otorrino, vascular, acho que são só esses mesmos que vão pra lá, ortopedia, cirurgia plástica, cirurgia geral, vascular, oftalmo e otorrino. A sala 5 que é pediatria, exclusiva pra crianças. Sutura que é a unidade pra ferimentos, chega paciente queimado vai pra lá pra ter o primeiro atendimento e pra dar os pontos mesmo. Tem lesão que precisa suturar também, vai pra lá. (E2)

Na unidade de urgência e emergência, entre os ambulatórios, destaca-se o ambulatório 1 (politrauma). Esse ambulatório é destinado ao atendimento de pacientes politraumatizados, e possui como característica uma dinâmica de atendimento que é influenciada pela distribuição de diferentes leitos no setor. O politrauma possui uma sala de reanimação com dois leitos exclusivos para pacientes classificados como emergência, portanto, da cor vermelha. O ambulatório possui 16 leitos, dos quais 15 são destinados a pacientes urgentes e o Box 8 para emergência. Existe a possibilidade de incluir mais dois leitos laterais, totalizando a capacidade de 20 leitos em caso de catástrofes, por exemplo. Além disso, possui as “torres” que são seis leitos para o primeiro atendimento e avaliação do paciente, classificados como laranja.

O poli, por exemplo, como a gente tem 20 leitos de terapia intensiva são leitos pra assistir pacientes graves. Então são considerados leitos de terapia intensiva. Desses 20 leitos 3 são para urgência que é o box 8 e a reanimação. E tem aquela torre que não para; é aonde chega o paciente laranja. Todo paciente laranja vai direto para a torre. Todo paciente vermelho vai direto pro box 8 ou para reanimação. A gente tem o Box 8 que é o box de urgência/ emergência e a reanimação (E1).

A sala de emergência só pode politraumatizado. Paciente entra, porta de entrada de politrauma é lá o paciente é avaliado e depois que recebe toda a avaliação decide se é para ficar ou não; se não é, ambulatório 6 que é da cirurgia, ou vai pra ortopedia. Se ele vai ficar tem os blocos lá e tem os funcionários, cada um pega seu bloco e tem o bloco 8 da emergência e a sala de reanimação onde existe uma maca só para heliponto (E11).

Além da torre, que são os pacientes que chegam e que são atendidos de imediato, os box de urgência, que são aqueles pacientes que ficam, que estão em ventilação mecânica, que são do 1 ao 16 e tem mais dois laterais (E5).

É possível identificar que ao mencionar a classificação do paciente os entrevistados descrevem o atendimento realizado de urgência e emergência. Nesse sentido, torna-se importante resgatar os conceitos destes atendimentos. A Portaria Nº 354, de 10 de março de 2014, do Ministério da Saúde, sobre "boas práticas para organização e funcionamento de serviços de urgência e emergência", define emergência como “[...] constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem sofrimento intenso ou risco iminente de morte, exigindo, portanto, tratamento médico imediato” e urgência como “[...] ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial a vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata” (BRASIL, 2014).

A sala de reanimação, que integra o politrauma, possui tecnologia necessária para pacientes em risco iminente de morte. Possui equipamentos com monitores multiparâmetros e respiradores e interliga a sala de politraumatizados à imaginologia, com acesso ao tomógrafo,

raios-X e ultrassons móveis (FHEMIG, 2011). A descrição institucional da sala reanimação condiz com o discurso dos entrevistados. Os enfermeiros enfatizam que, neste espaço, são realizados procedimentos específicos de emergência, o que indica que há recursos compatíveis com o tipo de atendimento, bem como o acesso aos setores de apoio diagnóstico.

A sala de reanimação é dentro do poli. É uma sala específica para pacientes que chegam muito graves, inconscientes que precisam ser reanimados, aí corre para sala de reanimação, porque lá é privado, não tem a área livre pra qualquer um; a gente faz os procedimentos exclusivos nessa sala [...] então atuamos na medicação na reanimação de pacientes, parada cardiovascular, essas emergências (E12).

A gente tem dois lugares pra atender o paciente grave que a gente está recebendo. É uma salinha dentro do poli, já tem contato direto com a tomografia, com a imagiologia você vai fazer com mais agilidade (E6).

Outro dado importante é que a sala de reanimação possui comunicação com o sistema de alarme, denominado onda vermelha. Refere-se a um protocolo institucional para atendimento ao paciente com risco de morte, que envolve atuação em equipe multidisciplinar e em sincronia entre setores da unidade de urgência e emergência, como a sala de reanimação e heliponto e até mesmo com outras unidades do hospital, como bloco cirúrgico e banco de sangue.

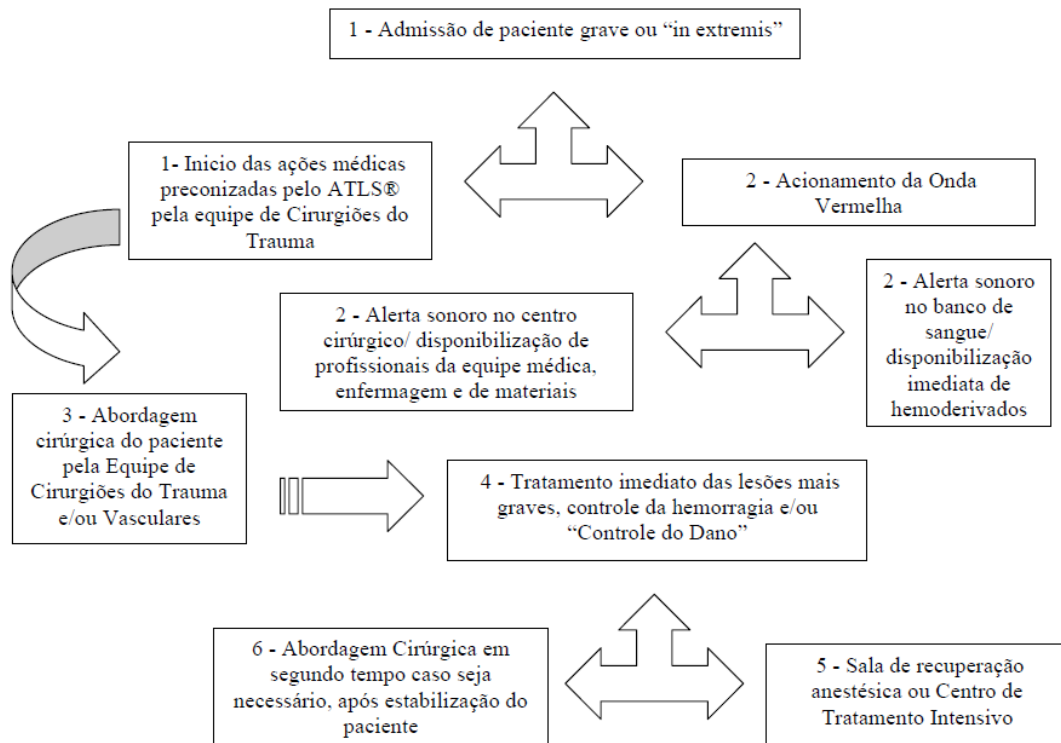
A onda vermelha é um show. A onda vermelha é quando paciente chega extremamente grave e que precisa de bloco com urgência, a gente toca a onda vermelha, aí essa onda vermelha é um sinal, tipo aquele radar do carro de polícia, por exemplo. O sinal toca no banco de sangue e no bloco cirúrgico, então o banco de sangue desce no bloco cirúrgico com o sangue O- (O negativo) para o paciente, o bloco cirúrgico já tem uma sala específica pra onda vermelha, então, é uma sintonia, que não tem como falar outra coisa (E16).

No protocolo de onda vermelha o paciente é admitido geralmente na sala de reanimação do hospital ou ele vem de um atendimento de uma USA do SAMU ou vem admitido do heliponto (E3).

Conceitualmente, a onda vermelha é um conjunto de ações táticas médicas e administrativas que visam, prioritariamente, a abordagem cirúrgica de pacientes cuja condição clínica implique em morte eminente, em centro cirúrgico, adequadamente preparado e capacitado, ao invés da sala de atendimento ao politraumatizado (COSTA-VAL; MIGUEL; SIMÃO, 2014). A onda vermelha possibilita que os profissionais de saúde realizem o atendimento ao perfil de paciente em risco de morte, através da oferta imediata de hemoderivados, disponibilização contínua de uma sala ampla no centro cirúrgico equipada com materiais necessários aos procedimentos cirúrgicos (COSTA-VAL; MIGUEL; SIMÃO,

2014). As principais etapas que constituem a Onda Vermelha estão descritas em um fluxograma institucional com seis etapas.

Figura 1: Fluxograma da onda vermelha.



Fonte: Costa-Val, Miguel e Simão (2014).

Pode-se considerar que a onda vermelha é uma experiência exitosa na instituição, devido à propriedade dos profissionais em atuar conforme o protocolo e o reconhecimento da importância do mesmo e, principalmente, por qualificar o atendimento ao paciente com risco eminente de morte. Vale ressaltar que o próprio fluxograma é um elemento importante que demonstra que protocolo de atendimento está implantado na instituição.

Outra estrutura que diferencia o cenário de estudo é a presença de um heliponto que integra a unidade de urgência e emergência. Ele possibilita que pacientes graves de outras localidades tenham acesso ao hospital de forma rápida e segura, devido à estrutura e à presença de uma equipe assistencial. A presença do heliponto potencializa o papel de referência de atendimento de urgências e emergências do hospital.

O heliponto faz parte da urgência. Todo heliponto que chega tem que ter o enfermeiro, um técnico de enfermagem, um plantonista da geral e um coordenador

pra receber o paciente. O heliponto teoricamente a equipe liga pra coordenação pra saber se eles podem aceitar o caso, ai a coordenação aceita, recebe o caso rapidamente, queixa principal, se o paciente esta entubado, eles são informados de qual tempo que vai chegar o paciente e eles informam pra gente. A gente já tem a nossa marca pra usar no heliponto, a gente prepara, se organiza pra levar e subimos pra pegar o paciente. Admitimos o paciente lá em cima, descemos com ele que já vai sempre pra reanimação no poli (E6).

Heliponto faz parte da urgência emergência. É uma porta de entrada nossa aqui. O paciente chega do heliponto, mas de qualquer forma ele tem que ser classificado (E3).

O heliponto foi instalado em dezembro de 2010 e possibilitou mais agilidade e segurança na assistência a pacientes vítimas de traumas graves e com risco de morte (FHEMIG, 2011). A importância do heliponto está diretamente associada ao papel de referência de atendimento ao paciente grave. Segundo Nardoto, Diniz e Cunha (2011), o transporte aeromédico é um recurso utilizado para dar suporte avançado de vida a vítimas graves que necessitam de um tempo-resposta reduzido, traslado rápido e tratamento definitivo nos hospitais de referência, configurando a hora de ouro.

A unidade de urgência e emergência possui outros setores além da classificação de risco, ambulatorios e heliponto. No cenário de estudo, os demais setores são: setor de imagem, que tem um papel estratégico, a endoscopia, unidade de pequenos ferimentos e o Setor de Emergências Clínicas (SEC) que têm um papel complementar.

E a radiologia que é nossa, faz parte da emergência, temos técnicos de enfermagem que prestam os cuidados para os pacientes que fazem tomografias, raios-X, ultrassom e o SEC que é o segundo andar do hospital que é de emergência clinica e que estão no CTI (E2).

Identifica-se uma relação de interdependência entre o setor de atendimento direto ao paciente e o setor de imagem, pois atuam em parceria para atingir um diagnóstico rápido, para a tomada de decisão e na intervenção sobre o estado de saúde do paciente na urgência.

Eu acredito que tem sido um trabalho uma parceria, que na verdade existe parte do conjunto, a emergência não consegue desenvolver um atendimento de qualidade se não tiver um setor de imagem. Então é muito ligado, porque o setor de imagem, os exames que são realizados são para fechar um diagnóstico com mais precisão então eu acredito que tem que trabalhar junto, um setor depende do outro (E17).

É possível identificar também interação e coerência do setor de imagem com fluxo da classificação de risco. Eles compreendem a lógica de classificação e encaminhamento, pois priorizam os pacientes, denominados como primeira prioridade ou prioridade secundária, de

acordo com o ambulatório de origem do paciente que está diretamente relacionado com a gravidade. Vale ressaltar que são realizados exames de raios-X, ultrassom e tomografia.

Nós temos que ter interação, comunicação rápida, precisa, eu falo para você, tudo é questão de tempo, tempo para gente ter um tempo do cuidado e tempo de executar um exame, tempo para fechar o diagnóstico. Então temos uma escala de prioridade e nessa escala de prioridade o POLI é um setor de primeira prioridade no nosso entendimento. O paciente da porta de entrada, um paciente grave se não foi fechado um diagnóstico ainda, quando ele vai para o ambulatório, que na classificação de risco é de menor gravidade ele passa ser de prioridade secundária para o exame para a gente fechar o diagnóstico. E não é só a tomografia que é importante, tem um lado de comunicação nosso com o poli o seguinte: o paciente tem um raio x, do raio x ele vai para um fazer um ultrassom, do ultrassom para a tomografia, as vezes ele faz o caminho inverso, é de acordo com a gravidade (E17).

É o serviço de apoio que eu acho que o hospital tem diferencial com relação a isso, você tem uma tomografia do lado do setor de politrauma. A gente tem certa prioridade para o paciente grave e toda a equipe compreende essa prioridade (E3).

O setor de imagens apresenta-se também como experiência exitosa no cenário de estudo, tendo impacto positivo na assistência. Estudo em cinco capitais brasileiras, para analisar a aplicação da Política Nacional de Redução de Acidentes e Violências, destacou a deficiência de infraestrutura das urgências hospitalares. Os hospitais apresentaram insuficiência de leitos de emergência e de UTI, insuficiência de recursos, pouca oferta de exames como tomografias, entre outras (DESLANDES; MINAYO e LIMA 2008), o que difere dos resultados encontrados no cenário deste estudo.

O setor de imagem exemplifica como um setor de apoio contribui para a finalidade do processo de trabalho em saúde. No caso da urgência e emergência, possibilita o diagnóstico rápido, para que haja intervenção específica, como um procedimento cirúrgico, como evitar o óbito e aumentar a sobrevivência do paciente. É possível inferir também que este setor de apoio configura um fator estrutural para que o hospital seja referência nos serviços ofertados à população.

Ah, eu acho que por ser um hospital público, eu ainda acredito que seja um lugar, por ser referência em trauma, o lugar ideal pra se atender, devido à agilidade de realização dos exames. Eu acho que é bem rápido o paciente que chega grave não demora nem trinta minutos para estar dentro de uma tomografia, estar definindo o quadro, acho que isso é um ponto positivo. [...] Um paciente politraumatizado grave, tempo é o mais importante, quanto mais rápido ele conseguir ser submetido a um procedimento cirúrgico, se for o caso, melhora a sobrevivência dele lá na frente. Então acho que isso é um ponto forte aqui (E8).

O SEC, outro setor mencionado pelos entrevistados, caracteriza-se por ofertar atendimento de terapia intensiva e que funciona como leito de retaguarda para pacientes

clínicos dos ambulatórios. Ressalta-se que a falta de leitos de retaguarda é um dos grandes problemas encontrados pela maioria dos serviços de urgência e emergência do país, o que torna a existência dos mesmos no hospital um aspecto facilitador, embora nem sempre consiga atender a grande demanda. Possui, também, como particularidade, o Serviço de Apoio à Vida (SAV) que são dois leitos destinados a pacientes de protocolo de morte encefálica para doação de órgãos. O SEC integra o setor em análise, mas, no momento de coleta de dados, encontrava-se em fase de transição, pois o mesmo estava situado no segundo andar do hospital, com perspectiva de ser integrado ao Centro de Terapia Intensiva (CTI) do térreo e não mais fazer parte da unidade de urgência e emergência.

Fica no segundo andar, mas pertence à emergência. São 15 leitos considerados de semi-intensivo, mas a gente recebe paciente de terapia intensiva lá. E desses quinze leitos, dois são leitos de SAV que são pacientes que tem morte cerebral que vão passar por testes pra doação de órgãos se a família aceitar. Funciona como leito de retaguarda da urgência e emergência, mas eles estão sempre ocupados. Ele recebe muito paciente da clínica médica, a sala 8 manda muito paciente para o SEC (E1).

A gente está num momento de mudança, os leitos daqui vão todos para o CTI do térreo. Vai ser integrado a UTI e aqui vai virar UTI pediátrica e a internação de pediatria do trauma (E13).

Não será aprofundada a análise do SEC, uma vez que o setor apresenta característica de terapia intensiva, se encontra em transição e sairá da unidade de urgência e emergência. A mudança é importante, pois setores com atividades similares devem estar integrados para especializar-se cada vez mais, com intuito de qualificar o atendimento e otimizar recursos.

4.2 O processo de trabalho do enfermeiro na unidade de urgência e emergência

O processo de trabalho é abordado, tendo como base conceitos e elementos da teoria marxista para fundamentar a análise em diferentes campos. Nesta categoria, será feita uma aproximação dos conceitos para o trabalho do enfermeiro na esfera gerencial e assistencial da unidade de urgência e emergência do hospital. Segundo Faria *et al.* (2009), o modo como desenvolvemos nossas atividades profissionais, o nosso trabalho, é chamado de processo de trabalho. A reflexão crítica e contínua sobre o processo de trabalho e sua transformação é uma característica da condição humana. O grau de dificuldade dessa reflexão aumenta quanto mais complexo e menos sistematizado for o processo de trabalho.

Esta constatação reflete a importância de aprofundamento na discussão sobre o trabalho realizado pelo enfermeiro no contexto da urgência e emergência, considerando os

elementos que o compõem. Nesse sentido, utiliza-se como referência estudo de Pires (2008) sobre os componentes do processo de trabalho em saúde, tendo em vista que:

O processo de trabalho dos profissionais de saúde tem como finalidade a ação terapêutica de saúde; como objeto, o indivíduo doente ou indivíduo/grupos sadios ou expostos a risco, necessitando preservar a saúde ou prevenir doenças; como instrumental de trabalho, os instrumentos e as condutas que representam o nível técnico do conhecimento, que é o saber de saúde; o produto final é a própria prestação da assistência de saúde que é produzida no momento que é consumida (PIRES, 2008, p.161).

Nos relatos dos entrevistados, a seguir, foi possível identificar alguns dos componentes do processo de trabalho do enfermeiro, tais como a finalidade de salvar vidas; objeto, que é o usuário que procura o serviço; e o resultado, que é “prestar uma assistência de qualidade e com agilidade” e ter a pessoa curada ou melhorada, evitando agravos desnecessários.

O objetivo maior do nosso trabalho na urgência e emergência é salvar vidas mesmo, a gente busca como resultado prestar uma assistência de qualidade e com agilidade, a gente precisa de ganhar tempo porque, como é só caso de urgência que a gente recebe, então tempo é vida, então a gente precisa prestar uma assistência de qualidade com agilidade (E12).

É desenvolver toda uma assistência de enfermagem, visando o processo de cura ou melhora daquele usuário que busca serviço, sempre priorizando assistência de qualidade. O objetivo maior de todos nós que estamos aqui é atender ao público e o produto que a gente espera é uma pessoa curada ou melhorada da internação (E3).

É, esse é o resultado: é a busca pela recuperação do paciente e evitar que a gente tenha agravos que não eram necessários (E14).

Todo processo de trabalho é realizado para atingir alguma finalidade ou objetivo determinado previamente. Assim, a finalidade rege todo o processo de trabalho e é em função dessa finalidade que se estabelecem os critérios ou parâmetros de realização do processo de trabalho (FARIA *et al.*, 2009). Na unidade de urgência e emergência, a finalidade ou objetivo da unidade está definido e incorporado pelos enfermeiros. Foi possível identificar que a maior finalidade que orienta o processo de trabalho é salvar vidas e, para tanto, tem como base de sustentação a prestação de assistência de qualidade, com agilidade e com prevenção de agravos. Segundo Almeida e Pires (2007), a possibilidade de salvar vidas, que orienta o processo na urgência e emergência, está associada à realização profissional e à motivação e, conseqüentemente, confere um sentido para o trabalho.

No processo de trabalho, há um sujeito que executa as ações, estabelece os objetivos e relações de adequação dos meios e condições para a transformação dos objetos. As atividades

são realizadas por um sujeito individual ou até mesmo de forma coletiva, conjunta ou complementar por vários indivíduos (FARIA *et al.*, 2009). Na unidade de urgência e emergência o trabalho é coletivo e os resultados dependem da interação das varias categorias que trabalham com um objetivo comum.

Em relação aos agentes, como sujeitos que estabelecem as relações para alcançar um fim, neste estudo, foram focalizados os enfermeiros que exercem as funções de coordenação e assistência, tendo em vista que a articulação entre estes agentes é essencial para a assistência de enfermagem. Os enfermeiros nesta unidade atuam tanto nas ações gerenciais, quanto nas assistenciais e, dessa maneira, há especificidades em suas ações que, de forma complementar, resultam em um trabalho integrado da equipe de enfermagem.

Em relação ao objeto, os relatos dos entrevistados mostram que o foco é o paciente/usuário, uma vez que o enfermeiro assistencial participa ativamente na assistência ao paciente crítico. No entanto, apresentam desdobramento relacionado à atividade gerencial, mostrando outro objeto sobre o qual o enfermeiro atua, que é na supervisão da equipe de enfermagem para atender aos usuários do serviço.

Em relação aos objetos que o enfermeiro atua: o técnico de enfermagem ele é responsabilidade nossa. [...] A gente é responsável pelos técnicos, dar orientações, qualquer suporte, qualquer intercorrência, se tiver alguma divergência, qualquer coisa, conflitos a gente tem que solucionar e eles são de nossa responsabilidade, então você tem que capacitar e também ficar de suporte, de referência. E na assistência com o paciente que chega para gente também (E5).

O enfermeiro aqui na urgência e emergência é mais assistência aos pacientes mesmo e supervisão da equipe. Função mais de supervisionar, de atender paciente mais grave, de estar diretamente na assistência e na supervisão dos funcionários (E8).

Torna-se importante fazer uma ressalva em relação ao objeto no que tange o processo de trabalho na prestação de serviço, em especial na área de saúde como prestadora de serviços à comunidade. Segundo Faria *et al.* (2009), em uma prestação de serviços, o que se pretende como produto não é a modificação de matérias-primas ou de matérias pré-elaboradas que resultem em objetos, mas, em algumas situações, realizar modificações nos próprios consumidores do serviço e, dessa forma, os consumidores do serviço são, também, sujeitos ou agentes do processo de trabalho. Entre as peculiaridades dos processos de trabalho na prestação de serviços, destaca-se uma que é pertinente ao trabalho em saúde: o usuário é o objeto no processo de trabalho, mas é também um agente. Compreender o usuário como um agente é essencial em procedimentos de saúde, como por exemplo, na atenção primária, mas a implicação dessa concepção não é tão relevante em casos agudos e em urgências e

emergências, nas quais o usuário chega em situação grave e está mais suscetível a receber assistência baseada em protocolos e ações rápidas para salvar sua vida.

Em relação à equipe de enfermagem, entende-se que a mesma é objeto de trabalho dos enfermeiros que atuam como assistenciais ou como coordenadores, uma vez que são responsáveis por toda a equipe de enfermagem, incluindo a capacitação como supervisão das ações. O enfermeiro coordenador, por sua função, gerencia pessoas e recursos institucionais, conforme o relato a seguir.

É gerenciar pessoas, gerenciar recursos, fazer com que o serviço flua, nesses dois âmbitos. Mais voltado mesmo é pra gerenciamento de pessoas e de recursos (E2).

Nesse contexto, Sanna (2007) afirma que o processo gerencial desenvolvido pelo enfermeiro coordenador tem como finalidade coordenar o processo de trabalho da enfermagem; como objeto a equipe de enfermagem e recursos necessários; e como produto final as condições para realizar o cuidado. Estudo realizado por Manenti *et al.* (2012), a partir do consenso de coordenadores de enfermagem no contexto hospitalar, apresentou como objeto do processo de trabalho gerencial: clientes internos, clientes externos, instituição e recursos tecnológicos. As posições dos autores acima ampliam os objetos de trabalho, dependendo das posições ocupadas pelos agentes em instituições de saúde. Portanto, não há um objeto ou um processo único.

Em relação aos meios ou instrumentos de trabalho são consideradas as ferramentas e estruturas físicas para o trabalho, como máquinas, equipamentos, instrumentos, estrutura física, que permitem que o trabalho se realize. Além disso, há os meios intangíveis que são os conhecimentos, sistematizados ou não, e as habilidades utilizadas no processo de trabalho. (FARIA *et al.*, 2009)

Os enfermeiros entrevistados ressaltaram a importância das pessoas que atuam no processo como um dos principais “recursos” para realizar o trabalho e apontam os meios intangíveis, como conhecimento e habilidades da equipe.

Eu acho que uma das coisas mais importante é a pessoa, é quem está lá dentro do setor. É quem está trabalhando, é ter um interesse, é ter a capacidade, é ter um conhecimento, é ter a responsabilidade de que ele está ali para beneficiar alguém e pra trabalhar em equipe para um ajudar ao outro. Se as pessoas tivessem esse tato, acho que tudo ia melhorar (E9).

Silva, Matsuda e Waidman (2012) reconhecem a centralidade dos recursos humanos no processo de trabalho, mas evidenciam que, na instituição estudada, havia um “clima de instabilidade” na previsão de recursos humanos, devido ao número de atendimentos e à complexidade dos atendimentos da urgência.

No cenário deste estudo, encontra-se também a realidade citada, pois a previsão de funcionários da equipe de enfermagem, principalmente da equipe de técnicos, é um desafio constante em termos de quantidade e qualificação. O desafio foi relacionado a um conjunto de fatores, como escala reduzida, absenteísmo, aumento da demanda por atendimento de pacientes graves, que culmina na necessidade de maior dedicação do enfermeiro coordenador na gestão de pessoas.

O número de funcionários hoje a gente sabe que está bem reduzido, a gente conta com a escala bem reduzida de funcionários, principalmente de técnicos, mas já está em processo de contratação, provavelmente, para esse ano ainda, mas a gente percebe que a demanda de atendimento tem aumentado muito e o número de funcionários tem reduzido, então a gente está passando esse aperto (E12).

Aquí a gente tem muito problema de absenteísmo, de faltas não justificadas mesmo. Já aconteceu algumas vezes de ter tantas faltas que a gente que está de plantão não consegue resolver. Ai a gente tem que chamar a coordenação por que às vezes têm que chamar funcionário em casa pra cobrir aqui, eles resolvem isso também (E6).

O quadro de pessoal está muito desfalcado, então eu vejo que isso suga a maior parte do tempo dos coordenadores, porque tem que ficar cobrindo muito buraco das faltas, então assim, eles ficam, “amanhã eu vou ter quantas licenças médicas? Então hoje eu tenho que correr atrás de alguém pra vir amanhã (E8).

Na gestão de pessoas, além da supervisão técnica do trabalho, os coordenadores lidam o tempo todo com a escassez de trabalhadores, seja pelo quantitativo disponibilizado pela instituição ou por faltas e licenças, que prejudicam o processo de trabalho, exigindo adaptações frequentes dos recursos institucionais. Segundo Almeida e Pires (2007), os entraves encontrados relacionados ao excesso de demanda de trabalho e pouca disponibilidade de recursos humanos estão presentes nos serviços de saúde e na tentativa de ajustar recursos finitos à necessidade de saúde infinita e cada vez maior, por parte dos usuários, gerando sofrimento nos profissionais.

Os relatos deste estudo mostraram um grande problema para se chegar aos resultados esperados e desejados na assistência em urgência e emergência decorrentes da escassez de pessoal. Os sujeitos de pesquisa e a literatura apontam que o profissional é a “peça” mais importante no processo de trabalho em saúde; e, ao mesmo tempo, é o “recurso” com maior

comprometimento nesse cenário, o que faz com que o bom funcionamento da unidade e a qualidade da assistência fiquem vulneráveis, como demonstrados no relato a seguir.

Então, se você tiver mais recurso você consegue dar uma assistência melhor, mais adequada, assistir ao paciente da melhor forma possível, coisa que no setor de emergência às vezes não é possível. Você consegue prestar assistência, mas não é a assistência adequada, porque às vezes trabalha com a equipe mínima diante de tanta demanda que ela, então, acaba priorizando o que é mais necessário naquele momento (E4).

Os enfermeiros entrevistados enfatizaram que o principal recurso para a assistência é a equipe de trabalho, embora reconheçam a complementaridade dos demais recursos institucionais, como material médico hospitalar, equipamentos de diagnóstico e setores de apoio. Ressaltam a falta de pessoal necessário, mas destacam que o hospital possui boas condições de trabalho em relação a recursos materiais e serviços de apoio. Nesse sentido, parece haver uma política de prioridades em relação a serviços de apoio e materiais de consumo e equipamentos, em detrimento da prioridade no estabelecimento de um quadro de pessoal adequado às necessidades.

Recursos? Acho que o principal é equipe. Tem que ter uma equipe completa pra gente desenvolver um trabalho de qualidade, sem risco para nós servidores e pacientes. Eu acho que primeira coisa é ter a equipe e não adianta também você ter a equipe se você não tem um suporte de material médico hospitalar a sua disposição ou então de uma farmácia ou um suporte de imagem, ou das unidades de apoio. Eu acho que isso no hospital é satisfatório. Satisfatório, em vista dos que a gente encontra na realidade de saúde do país. O hospital está um pouco à frente em relação a isso, ele dá boas condições de trabalho com relação a material e serviço de apoio (E3).

Os processos de trabalho em unidades de urgência e emergência envolvem múltiplos atores, com diferentes funções e habilitações, e diferentes meios ou instrumentos que necessitam estar disponíveis para assegurar a agilidade necessária aos atendimentos dos usuários. O relato a seguir apresenta uma visão ampliada do funcionamento do hospital que envolve processos assistenciais e de apoio, evidenciando como setores de apoio: limpeza e higienização, engenharia clínica, almoxarifado, farmácia, serviço de nutrição e dietética (SND).

Preciso dos recursos humanos, dos técnicos, do operacional, eu preciso do pessoal da limpeza porque senão não há desinfecção do leito. Preciso da engenharia clínica para dar manutenção preventiva e corretiva nos materiais e equipamentos, preciso da farmácia que dispensa os medicamentos e alguns materiais médicos pra mim, do almoxarifado, preciso do SND, questão se o paciente ficar aqui, às vezes ele chega com vômito e diarreia, está desnutrido, se eu não tiver uma

jarra de água para ofertar líquido para ele e uma dieta ele só vai piorar. Então é uma equipe multiprofissional mesmo (E10).

Os recursos materiais mencionados se referem ao conjunto de materiais para assistência no contexto da urgência emergência, como materiais diversos, relacionados diretamente à assistência ou não, medicação, soro, equipos; materiais permanentes como materiais respiratórios, laringoscópio, prancha para reanimação; e equipamentos como desfibriladores, monitores, equipamentos para monitorização invasiva e não invasiva, como, por exemplo, esfigmomanômetro. Os enfermeiros ressaltam a importância do bom funcionamento dos materiais e equipamentos e da necessidade de verificar se a quantidade é adequada e a apresentação dos produtos, no que se refere se as datas de validade e embalagem dos materiais, está em conformidade.

Os materiais seriam: o carrinho de emergência quando ele está aberto, daí eu vejo se está completo, geralmente ele está fechado, mas em cima ficam as lâminas de laringo, os materiais respiratórios, ambú, máscara, máscara de oxigênio e tal ficam todos ali, vejo validade, vejo se está fechado troco, e fica tudo ali a mão perto do bloco de emergência. Eu já olho essas coisas vejo se a tábua de parada está lá, se a bala de oxigênio está lá e se está cheia (E9).

Lá no meu setor preciso dos monitores, dos equipamentos medico hospitalar, da medicação. [...] monitorização invasiva, não invasiva, é mais isso mesmo de equipamentos. [...] seria desfibrilador, laringoscópio e outros equipamento, material médico-hospitalar: equipo, soro, todas essas coisas necessárias, se tem monitor, se os monitores estão funcionando, se tem bala de O2 [oxigênio], equipamento respiratório, ambú, máscara, tudo isso de material (E8).

Os enfermeiros reafirmam a necessidade do material de trabalho estar disponível em caráter permanente, como rotina da unidade, atendendo à Portaria Nº 354, de 10 de março de 2014, do Ministério da Saúde, sobre "boas práticas para organização e funcionamento de serviços de urgência e emergência". Essa Portaria preconiza materiais que compõem o serviço de urgência e emergência, entre eles, destacam-se: estetoscópio, esfigmomanômetro, desfibrilador; monitor cardíaco; oxímetro de pulso; eletrocardiógrafo; equipamentos para aferição de glicemia capilar; aspiradores; bombas de infusão com bateria e equipo universal; cilindro de oxigênio portátil, cama hospitalar; máscara para ventilador e ventilador mecânico adulto e infantil; foco cirúrgico; máscaras, sondas, drenos, cânulas, pinças e cateteres; laringoscópio; material para traqueostomia; equipos de macro e microgotas; material para pequena cirurgia; colares de imobilização cervical; prancha longa para imobilização; prancha curta para massagem cardíaca; equipamentos necessários para reanimação cardiorrespiratória; e medicamentos.

Os materiais e equipamentos apresentados pelos enfermeiros são coerentes com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde. Este estudo não tem como enfoque quantificar e identificar minuciosamente os materiais e equipamentos presentes na unidade e compará-los à legislação; mas, sim, compreender se estão disponíveis e o impacto destes recursos no processo de trabalho do enfermeiro.

Estudo realizado em uma unidade de emergência de um hospital público aponta alguns fatores que dificultam a realização do trabalho, entre eles falta de equipamentos e materiais (GARLET *et al.*, 2009). Em contraposição, estudo realizado por Silva, Matsuda e Waidman (2012) em uma urgência hospitalar identifica disponibilidade de materiais no que se refere à quantidade e qualidade para a execução das atividades. Ressaltam ainda que esta disponibilidade confere segurança aos profissionais e continuidade da assistência prestada na urgência, uma vez que o tempo é fator imprescindível e a ausência de insumos interfere no resultado da assistência.

Assim, diante da constatação de que há materiais e equipamentos disponíveis, evidencia-se que a tecnologia dura é um elemento predominante e exitoso no cenário, no qual o recurso material é um dos componentes do processo de trabalho que contribui para uma assistência de qualidade no cenário de estudo. Além dos recursos materiais, o setor possui uma estrutura física adequada que é considerado pelos sujeitos de pesquisa um fator facilitador para os processos de trabalho.

Em relação instrumentos normativos, a Portaria Nº 354, de 10 de março de 2014, prevê que as rotinas técnicas do serviço de urgência e emergência devem ter instruções escritas, atualizadas e implementadas (BRASIL, 2014). No entanto, no cenário de estudo, os enfermeiros apontam a necessidade de normas e rotina.

Aqui a gente carece muito de normas e rotinas. Eu acho que a gente tem muito a avançar em relação a normas e rotinas do setor. A gente tem algumas rotinas que são aquelas que foram herdadas do serviço que seguem até hoje, mas nada normatizado nada ainda que fosse estudado para ser daquele jeito. Mas assim a gente tem uma rotina de *check list*, que o enfermeiro gosta muito da palavra *check list*. A gente tem essa rotina no setor tá que é quebrada assim que aparece uma urgência (E3).

Estudo realizado por Silva, Matsuda e Waidman (2012), aponta para a valorização da existência de instrumentos normativos e protocolos. No entanto, o serviço de urgência pode trazer também a conotação de desorganização e improvisação, o que dificulta a implantação de normas e rotinas. Esta conotação de aparente desorganização, às vezes necessária, é destacada no relato a respeito do cuidado ao paciente com Trauma Raquimedular (TRM).

Eu acho que é a urgência e emergência que exige essa flexibilidade também, um dia a gente tentou fazer aqui a linha de cuidado do TRM [Traumatismo Raquimedular], por exemplo, como é o tratamento dele aqui dentro, só que aí tem essas demandas do paciente, às vezes o paciente não está só como uma clínica, ele tem inúmeras necessidades, então ele foge daquele fluxo comum. É meio que essa bagunça que é o processo de trabalho, entendeu?! É uma bagunça necessária (E20).

O entrevistado relata a ausência de normas e rotinas, em geral, mas procura justificar a implementação das mesmas, tendo em vista as características da unidade no que diz respeito aos atendimentos de usuários com múltiplas necessidades e atendidos por diversas especialidades. A rotina de conferência de material parece implementada e seguida, talvez por seu caráter menos complexo. Destaca-se, ainda, o protocolo de Manchester, como um orientador do processo de trabalho na classificação de risco, que direciona de maneira correta as condutas adotadas pelos profissionais. Ao mesmo tempo, as ações e tomadas de decisão nas outras atividades do enfermeiro necessitam de maior definição e padronizações, conforme evidenciado no trecho a seguir.

Na verdade, por exemplo, eu fico muito na classificação de risco, então todo mundo que está lá fez um curso de Manchester, eu não crio, eu não classifico o paciente da minha cabeça, então eu já sigo um protocolo, que vai me fazer perguntas, que vai delinear meu trabalho. Então ali na classificação eu tenho um processo claro, se é um trauma maior, se é uma fratura exposta já vai me delimitar como e para onde esse paciente vai, já tem um processo descrito pelo protocolo de Manchester. Agora se eu vou entrar aqui dentro, esse processo a gente vai aprendendo na prática, pelo atendimento. [...] Na verdade algumas rotinas não são delineadas não, por exemplo, você vai visitar os pacientes, vai verificar, mas não tem nada tão descrito, não é tão padronizado (E14).

Essa necessidade de documentação pode, conseqüentemente, impactar diretamente na segurança e qualidade assistencial. A padronização de algumas ações é identificada como necessária no processo de trabalho cotidiano, conforme o relato que se segue.

A dificuldade que eu acho são esses processos. Eu acho que tem que documentar para facilitar o dia-a-dia. Porque não existe, e eu acho que precisa sim. O paciente que sai do poli tem que ser trocada a roupa, tem que ser higienizado ou ele vai ficar com a roupa dele? Ele vai ser puncionado no acesso, todos os pacientes que saem no poli, são puncionados acesso? Então existe isso: uns são puncionados e outros não, entendeu? Uns vão arrumados, outros não vão.(E14).

Estudo realizado acerca do processo de acreditação hospitalar aponta como aspecto positivo a segurança profissional estabelecida por meio de rotinas, padronização e organização do serviço com recursos materiais, técnicos e humanos mais qualificados e

disponíveis (MANZO; BRITO; CORRÊA, 2012). No cenário de estudo, a tecnologia leve-dura, que está relacionada ao saber técnico estruturado, em relação aos instrumentos normativos como rotinas e padronizações específicas do cuidado em enfermagem, apresentam-se como instrumentos frágeis. Contudo, destacam-se o protocolo da onda vermelha e o protocolo de Manchester que estão institucionalizados e impactam positivamente na assistência.

A utilização de protocolos para embasar a classificação de risco oferece respaldo legal para a atuação dos enfermeiros. No entanto, trata-se de processo de acolher e classificar, no qual a escuta é fundamental para estabelecer uma relação acolhedora com o usuário, possibilitando, assim, um processo de classificação de risco humanizado (SOUZA *et al.*, 2011). Tendo como exemplo a classificação de risco com a utilização do protocolo de Manchester, é importante ponderar que, por mais importante que sejam os instrumentos normativos para a organização e funcionamento da instituição, a subjetividade está presente no processo de trabalho em saúde. Segundo Faria e Araújo (2010), há uma tendência de valorizar protocolos assistenciais, procedimentos padronizados em detrimento do encontro dos profissionais e usuários que são sujeitos no processo de produção do cuidado.

4.3 O trabalho do enfermeiro coordenador e assistencial e as articulações possíveis

Esta categoria apresenta as ações desenvolvidas pelo enfermeiro assistencial e enfermeiro coordenador, bem como as competências necessárias para desempenhar tais atividades. Com essa descrição e delineamento de cada atuação, tem-se o intuito de identificar como estes profissionais, com atribuições diferentes, se articulam para realizar o seu trabalho.

Os entrevistados descreveram o papel do enfermeiro assistencial como de grande importância no trabalho na urgência e emergência no cenário de estudo. Esse profissional está presente nos setores que compõem a unidade e desempenha atividades distintas, diretamente relacionadas à assistência a saúde de pacientes graves, cumprindo a finalidade da unidade. O enfermeiro realiza o acolhimento com a classificação de risco, assistência direta ao paciente grave, supervisão de enfermagem e assistência ao paciente aparentemente não grave. O relato a seguir apresenta as possibilidades de atuação do enfermeiro.

Como enfermeiro da assistência você faz a assistência e ao mesmo tempo gerencia para que o paciente tenha todo o atendimento da forma correta, que ele seja encaminhado, para tudo que ele precisa e que seja atendido de forma rápida. Aí cada enfermeiro vai ter uma função, porque aqui como tem vários setores, às vezes vai

diferenciar as atividades do enfermeiro dependendo de onde ele estiver. [...] Por exemplo, se ele está na classificação de risco, ele vai fazer a classificação do paciente que chega no hospital, então ele vai abordar o paciente na porta de entrada e vai definir pra onde esse paciente vai. Se é paciente da urgência ele recebe esse paciente imediatamente e faz o atendimento de urgência, lógico que o vermelho é imediato, o laranja, às vezes tem critério que é classificado como urgente, mas ele não tem risco imediato naquele momento. [...] Esse enfermeiro tem que ser rápido, tem que estar atento, pois está lidando com risco grande de vida e o paciente precisa ser atendido rápido. O enfermeiro da emergência clínica vai receber a toxicologia, é um tratamento diferente do de trauma. Nos ambulatórios é o enfermeiro que tem que estar atento às rotinas, garantir que o paciente continue a melhorar, vai ter que buscar vaga no andar, ver se ele não está alimentando, porque não está andando, porque não está alimentando. Vai ter que acompanhar a reabilitação dele também e, se perceber que está grave, encaminhá-lo para outro setor (E14).

O relato mostra diferentes ações, dependendo do setor de trabalho, mas voltadas para o atendimento das necessidades dos pacientes. Implica em rotinas diferentes, englobando o acolhimento, observação e encaminhamentos como rotinas da unidade, escritas ou não. As tarefas principais desempenhadas no acolhimento são relatadas a seguir.

O enfermeiro vai receber o paciente, acolhê-lo, busca a queixa do paciente para poder classificar de acordo com a gravidade do caso e de acordo com a clínica que ele vai mandar encaminhar (E12).

O acolhimento com classificação de risco na urgência e emergência constitui um instrumento do processo de trabalho com rotina própria, padronizada e executada pelo enfermeiro. Esse processo está consolidado na área de urgência, área em que foi introduzida no país substituindo avaliações subjetivas feitas anteriormente. Segundo Souza *et al.* (2011), a classificação de risco é uma área de atuação nova e promissora como campo de trabalho do enfermeiro na realidade brasileira. O enfermeiro que atua na classificação de risco deve, principalmente, realizar escuta qualificada, avaliação, registro correto e detalhado da queixa principal, desenvolver raciocínio clínico e tomada de decisão.

No atendimento ao paciente grave, as principais ações desempenhadas pelo enfermeiro que assiste o paciente são: monitorização hemodinâmica invasiva, como a Pressão Intra-Arterial (PIA); atendimento de intercorrências como Parada Cardiorrespiratória (PCR); sondagem vesical e, quando necessário, auxiliar nos cuidados relacionados à higienização.

A gente monta PIA, kits de pressão invasiva, punção venosa central, suporte em paradas cardíacas, supervisiona o serviço do técnico, passa sonda vesical de demora, sonda vesical de alívio e sonda nasoentérica, auxilia nos processos, às vezes até ajuda o técnico na troca de roupa de cama do paciente. Às vezes a escala está reduzida e a gente entra junto com os técnicos de enfermagem. O serviço é mais voltado para a assistência direta ao paciente (E18).

O enfermeiro desempenha atividades técnicas da enfermagem privativas da sua atividade profissional, e auxilia o técnico de enfermagem nas demais atividades, de forma articulada, visando uma assistência de qualidade. Nesse contexto, foi enfatizada a importância da presença do enfermeiro no setor e sua participação ativa nos procedimentos assistenciais, seja nas intercorrências como a drenagem de tórax e PCR, bem como em ações que remetem aos cuidados diários, como banho de leito, avaliação de dorso e curativos. Realiza múltiplas atividades assistenciais, tanto as mais complexas como as aparentemente de menor complexidade, mas fundamentais para a assistência ao paciente.

E esse enfermeiro evolui todos os pacientes, ele tem que evoluir todos os pacientes que passam por ele depois de examiná-lo. O enfermeiro realiza todos os procedimentos. Punção central e PIA, o enfermeiro está junto, chegou paciente no box 8 e reanimação, o enfermeiro é que vai. Em qualquer assistência ao paciente crítico o enfermeiro vai, ele não deixa o técnico ir sozinho. Isso é uma coisa que eu cobro muito deles, que o enfermeiro tem que estar presente. Vai drenar um tórax, chegou uma parada, o enfermeiro está presente. O enfermeiro está nos banhos para avaliar o dorso do paciente, vendo os curativos e suturas (E1).

Estudo, cujo objetivo era descrever as atividades do enfermeiro em um hospital de urgência, descreve as seguintes atividades relacionadas à assistência: assiste o paciente junto com o médico; prepara e ministra medicamentos; realiza sondagem nasogástrica, nasoenteral e vesical em pacientes; realiza curativos de maior complexidade; prepara instrumentos para intubação, aspiração, monitoramento cardíaco e desfibrilação, auxiliando a equipe médica na execução dos procedimentos diversos; realiza o controle dos sinais vitais; e realiza evolução dos pacientes (WEHBE; GALVÃO, 2001). Ressalta-se que esse conjunto de atividades é realizado de acordo com as demandas da unidade, necessidades do paciente e com a avaliação feita pelo enfermeiro.

Apesar das denominações de enfermeiro coordenador e assistencial, na realidade, essas funções não são bem delimitadas, prevalecendo ações administrativas para os primeiros e assistenciais para o segundo. Além das atividades assistenciais, a atuação do enfermeiro está associada ao papel de liderança que deve ter perante a equipe de técnicos de enfermagem, e é identificada como competência essencial.

O enfermeiro tem um papel primordial que é a supervisão, é a liderança da equipe, ele tem que ser o primeiro a levantar, o último a sair do setor de urgência e emergência uma vez que o paciente é o paciente grave que leva a um atendimento imediato (E18).

Segundo Silva *et al.* (2014), a liderança é essencial no trabalho do enfermeiro no contexto da urgência e emergência no que refere-se a “arte de cuidar” e no gerenciamento da equipe e das condições de trabalho. No entanto, ao mesmo tempo em que a liderança é imprescindível neste contexto, ela é apresentada também como desafio no cenário de estudo.

A postura que eu estou falando é de liderança de sua equipe. [...] Os enfermeiros são responsáveis por aquela sala e por aqueles pacientes. Por exemplo, se o paciente agrava, vê que ele está agravando, você que é chefe daquela equipe, a sua equipe vai ser como você. Você tem que mostrar para eles o que é, tem que chamá-los para perto de você, tem que conquistar sua equipe para trabalhar junto com você. E muitas vezes eu vejo que está faltando isso (E1).

O desafio pode estar relacionado à carga de trabalho assistencial a pacientes graves, existente na urgência, em tempo integral, associada à liderança da equipe e à cobrança “de ser referência” para a equipe de técnicos. Entretanto, mesmo diante dos desafios, os enfermeiros reconhecem que a liderança é uma competência inerente ao seu trabalho e que o conhecimento e o saber fazer são essenciais para tornarem-se líderes perante a equipe.

Eu acho que ele tem que ser um líder, mas um líder que não precisa necessariamente mandar, delegar sim, mas junto com a equipe, mostrar que sabe e fazer. Eu acho que você tem que adquirir pelo menos alguma confiança da equipe, no começo é sempre com desconfiança, quando a gente começa desconfiar um com o outro... Então a gente tem que fazer junto e demonstrar que sabe, demonstrar que a gente quer trabalhar junto, o trabalho flui melhor. Então o conhecimento, a liderança, o interesse, a responsabilidade acho que é fundamental a gente ter (E9).

Esse relato mostra uma ideia de trabalho em equipe, evidenciando as dificuldades e a importância da afirmação de que “[...] trabalhar junto, o trabalho flui melhor”. A liderança é uma competência fundamental tanto do enfermeiro coordenador quanto do enfermeiro assistencial ou supervisor, e ambos devem ter discernimento em relação às implicações da posição de liderança e de relação de poder. O enfermeiro, pelo conhecimento e posição na organização do hospital, tem um diferencial nas relações de poder estabelecidas, independente da forma como são exercidas.

Capacidade de liderança o enfermeiro coordenador ou supervisor tem que ter. Tem gente que confunde muito liderança com poder, que faz com que o servidor tenha medo dele, não é por aí. Ele tem que ter respeito, igual eu estou te falando, o serviço tem que fluir na presença dele ou não. E aqui como é serviço público é muito complicado isso, mas para mim é importantíssimo ter liderança e a dificuldade maior é gerenciamento de pessoas no serviço público. Liderança e gerenciamento de pessoas (E2).

O entrevistado reafirmou a necessidade de liderança e o preparo da equipe para trabalhar com independência, mas relata dificuldades relacionadas à gestão de pessoas no setor público, o que influencia no processo de trabalho da unidade. Estudo realizado por Gomes *et al.* (2012) sobre o trabalho das enfermeiras, aponta para a visão dos entrevistados sobre a liderança no que diz respeito ao relacionamento com as pessoas das instituições, sejam elas superiores ou subordinados, e que há uma distinção entre ser líder ou chefe. Moura *et al.* (2013), em estudo com profissionais de enfermagem, concluíram que as expectativas em relação à chefia foram de que o chefe de enfermagem seja capaz de trabalhar com a equipe, estabeleça canais de comunicação e desenvolva processos participativos de gestão, a partir dos problemas enfrentados no serviço e necessidades da equipe. E, ainda, que “A atitude de imparcialidade e justiça, assim como a capacidade para a tomada de decisões contribuem para o ambiente de trabalho e para equipe” (MOURA *et al.*, 2013, p.203).

Em relação aos conhecimentos específicos para o enfermeiro assistencial atuar na unidade de urgência e emergência, destaca-se os conhecimentos relacionados aos traumas, como Trauma Crânio Encefálico (TCE), PCR, monitorização invasiva, protocolos clínicos institucionais e os *guidelines* (orientações).

Bem, eu acho importante saber sobre monitorização invasiva, sobre TCE é importante, sobre traumas mesmo que é o que a gente atende. PCR, essas coisas mais que todo mundo precisa saber. [...] aqui na urgência e emergência realmente não tem como prever, então assim se você souber alguma coisa de PCR, de manobras, sobre trauma, TCE, sobre monitorização invasiva eu acho que já permite atuar (E16).

Conhecimentos específicos da área em geral, eu acho que você tem que saber os protocolos clínicos de atendimento de urgência, guidelines, é o conhecimento teórico que você tem que ter (E3).

Identifica-se também a importância de articular conhecimento teórico com a prática, para que a atuação do enfermeiro tenha fundamentação científica. O discurso a seguir exemplifica essa articulação por meio da compreensão do que é preconizado, associado à execução correta de técnicas como sondagem, punção venosa, montagem de sistema de monitorização PIA, assim como conhecimento da ação medicamentosa no paciente. Enfatiza, ainda, que, se o enfermeiro possui conhecimento teórico e habilidade prática, potencializa seu papel de referência perante a equipe de enfermagem.

O conhecimento. O enfermeiro tem que saber o que esta fazendo e o que esta falando. Ele tem que saber os processos técnicos, tem que passar uma sonda vesical de demora na técnica de enfermagem sem contaminar nada, montar uma PIA,

montar PVC, usando as técnicas sem contaminação, tem que dominar punção venosa e saber puncionar um acesso jugular e tem que demonstrar confiança nas técnicas. Ele tem que ter conhecimento científico. Saber dos efeitos das drogas no organismo, efeito da noradrenalina, tempo de ação dela, sequência rápida numa parada cardíaca. O enfermeiro tem que estar atualizado sempre, para passar segurança para o técnico de enfermagem. Então, a parte técnica e científica têm que estar bem entrosada porque elas vão colocar você como profissional de referência (E18).

Outra atribuição essencial do enfermeiro é ter um “olhar clínico”, que está relacionado à avaliação do paciente e à identificação das necessidades e dos riscos, de acordo com cada paciente. Além do olhar sobre a clínica do paciente, o enfermeiro deve ter um olhar sistêmico em relação ao setor no que diz respeito à equipe e ao conjunto de pacientes, para saber priorizar e orientar toda a equipe.

[...] O enfermeiro tem que ter um olhar clínico de identificação de riscos potenciais do paciente, uma visão importante para o enfermeiro que está na urgência. Sempre que o paciente entra você tem o primeiro contato com aquele paciente para já identificar algumas necessidades que ele venha a ter. Outra questão que o enfermeiro tem que saber é priorizar. O quê é prioridade pra mim no momento? É aquele paciente que está chegando e eu vou ter que dar prioridade e demandar uma equipe para um suporte naquele paciente, então tenho que saber priorizar. [...] De atitudes acho que o enfermeiro tem que ser disponível, tem que ter disponibilidade para a equipe dele, é muito solicitado por questões assistenciais. A todo o momento, tem um chamando para avaliar um paciente que agrava, que necessita de um cuidado maior, então a disponibilidade é muito importante. Você tem que ter presteza no seu atendimento e ter a disponibilidade de ajudar (E3).

Em relação ao enfermeiro coordenador, as principais atividades foram relacionadas às questões mencionadas como burocráticas, tais como: confecção de escalas do enfermeiro assistencial e avaliação de desempenho dos mesmos, articulação com a diretoria e ações que envolvem a gestão de leitos, que impacta tanto em questões administrativas quanto assistenciais.

Muita questão burocrática, fazer escalas dos enfermeiros, avaliações, eu acho que é mais questão burocrática mesmo. [...] Elas dão apoio também para questões do hospital, não só da enfermagem. Elas desenvolvem com o pessoal da diretoria essa questão de vaga em outra unidade, algum atendimento maior, tudo passa por eles, não é só da enfermagem, vagas, eles participam da gestão de leitos do hospital, definir quem é prioridade para ir para o andar, isso também passam por eles (E20).

Os relatos mostraram que os coordenadores fazem parte da gestão intermediária do hospital, assessorando a direção e criando condições para que o processo assistencial aconteça, destacando a gestão de leitos e transferência de pacientes que são um nó crítico em unidades de urgência. Destacam-se também como atividades do enfermeiro coordenador a

gestão de pessoas, capacitações, identificação e resolução de problemas, envolvendo o funcionamento de toda unidade.

As principais atividades da coordenação: direcionamento de pessoas. O que seria direcionamento de pessoas? Fazer reuniões para tentar capacitar, identificar problemas, procurar soluções junto com a equipe e estar presente em qualquer momento. Estar ciente de tudo que está acontecendo no hospital, em geral, é função do coordenador, tudo que envolve o paciente, envolve o servidor da enfermagem a gente tem que estar sabendo, tem que está orientar e tentar resolver isso da melhor forma (E2).

Os relatos dos enfermeiros entrevistados são coerentes com os achados do estudo realizado por Manenti *et al.* (2012). As autoras destacaram como competência para enfermeiros coordenadores no desenvolvimento de suas atividades: promover e estimular o desenvolvimento profissional, bem como realizar supervisão e avaliação de desempenho; gerenciar conflitos com flexibilidade e articular resolução com toda equipe; comprometimento e envolvimento com trabalho, equipe e instituição e se relacionar com as diferentes hierarquias. Apontam o direcionamento do processo de trabalho, a garantia do bom funcionamento da unidade, bem como as condições do processo assistencial de qualidade como finalidade do processo gerencial (MANENTI *et al.*, 2012). No cenário de estudo, os enfermeiros entrevistados reconhecem as atribuições do coordenador atreladas à finalidade do processo gerencial.

O enfermeiro coordenador é responsável por garantir que todo processo de enfermagem ocorra da forma correta, então ele vai delimitar o número de enfermeiros em cada sala. [...] Então ela vai delimitar tanto pessoal quanto recursos materiais, por exemplo: se eu estou na urgência e sem monitor, a gente vai solicitar é para ela, para estar passando o material, a parte de disciplina também, de organização do fluxo. (E14)

Em relação aos conhecimentos necessários para atuar como enfermeiro coordenador, os entrevistados ressaltaram a importância do conhecimento e da prática assistencial, a fim de compreender a organização e direcionar o trabalho na urgência e emergência.

Se o coordenador da urgência e emergência não atuou na urgência e emergência, ele fica perdido, fica totalmente perdido, porque ele não sabe como é o fluxo, como é o trabalho, então eu acho que o coordenador deve ter as mesmas habilidades que o enfermeiro da assistência (E16).

Acho que os mesmos que eu falei, mas com a visão gerencial. Tem que ter um conhecimento de gerencia, de administração, que o curso nosso dá um suporte muito bom para isso, que é a visão gerencial. O enfermeiro na coordenação tem que ter

bom relacionamento interpessoal, facilidade de comunicar com equipe, acho isso importante para a coordenação (E3).

É importante conhecimento técnico, teórico e prático. Para cobrar ele tem que saber fazer. O conhecimento administrativo, gerencial, de dimensionamento de pessoal, conhecimento dos setores, da equipe, precisa saber de tudo, da estrutura física, recursos humanos, recursos materiais (E12).

Os entrevistados tiveram uma expectativa abrangente do papel do coordenador, que é o conhecimento e ações gerenciais como suporte para que a assistência ocorra de forma segura. Além de conhecimento assistencial e da organização do trabalho da urgência e emergência, é necessário também conhecimento administrativo, contemplando a gestão dos recursos institucionais envolvidos, como materiais, físico e humano, e fazem referência à formação do enfermeiro, como oportuna para atuação gerencial.

Historicamente, o gerenciamento foi incorporado nas atribuições do enfermeiro e, para tanto, a formação desse profissional prevê um preparo para desempenhar este papel. O conjunto de conhecimentos administrativos é imprescindível para subsidiar as funções de planejamento, a tomada de decisão, organização, bem como gestão de recursos (PERES; CIAMPONE, 2006).

A complementaridade das atividades do processo gerencial e assistencial é o que este estudo buscou elucidar. Para tanto, foi necessário compreender o cenário, as especificidades da urgência e emergência, bem como diferenciar cada processo de trabalho, embora, em vários momentos, o enfermeiro assistencial desenvolve atividades gerenciais junto à equipe. Segundo Coelho *et al.* (2010), o enfermeiro, no contexto da urgência e emergência, além da assistência direta ao paciente, participa da organização do serviço no que tange a provisão de recurso materiais e humanos.

Foi-apontado pelos enfermeiros entrevistados que há uma interação da coordenadora com os aspectos relacionados à assistência, no que tange à provisão de recursos materiais, qualidade da assistência, bem como o cumprimento de normas e orientações.

Pelo menos a nossa coordenadora está sempre interagindo com a gente nessa questão de assistência, sempre está indo ver se está tudo certo, se os materiais estão disponíveis, se não ela providencia pra gente, quando tem alguma coisa faltando que a gente não conseguiu providenciar. Ela sempre está verificando a assistência. Os coordenadores estão sempre diretamente caminhando com a gente, verificando se todos estão atendendo as normas, todos evoluindo, se os técnicos estão tendo alguma dificuldade (E7).

Torna-se importante enfatizar que a coordenação, por meio da provisão de recursos materiais, promove condições para viabilizar o processo assistencial.

Atua diretamente por que se estou trabalhando no setor de emergência e estou sem recurso, como vou atender da forma correta, como eu vou atender o paciente bem se não tenho monitor. Eu passo pra ela minha demanda. A coordenadora ajuda nisso, nesses recursos e eu vou garantir que o paciente fique bem, agora se eu quero que meu paciente fique monitorizado, mas não tenho monitor, como que eu vou garantir? Porque eu não tenho como ficar o tempo inteiro verificando se o paciente está estável (E14).

O entrevistado mostrou confiança no respaldo recebido da coordenação, liberando-o para a assistência, o que mostra boa interação entre a coordenação e os enfermeiros assistenciais, em processos de trabalho articulados e complementares. Foi relatada, também, a importância dessa articulação para o paciente crítico da urgência e emergência, uma vez que a coordenação contribui, juntamente com o enfermeiro, no direcionamento do processo assistencial.

Eu considero importante está articulação para o perfil de paciente de urgência e emergência porque é um setor que não pode deixar assim, não tem como as coisas ficarem a desejar, ficar esperando muito tempo pra resolver os problemas, então quando a gente tem esse contato direto, facilitado por causa da coordenação isso é importante porque a gente consegue resolver as coisas mais rápidas e fáceis (E8).

Essa articulação entre enfermeiro assistencial e enfermeiro coordenador é importante porque na verdade, se você não tiver uma coordenação para te ajudar a gerenciar essa parte, delimitar o que é certo ou correto, estar verificando o processo, eles se perdem. E isso na urgência e emergência é importante porque você trabalha com paciente com risco de vida, paciente que tem instabilidade ele pode de uma hora pra outra desestabilizar (E14).

O relato a seguir exemplifica que, a partir de uma análise crítica sobre o perfil de paciente atendido, um enfermeiro propôs que reavaliassem a conduta adotada pelos enfermeiros assistenciais em relação à sondagem vesical de demora. Esse procedimento estava sendo realizado de maneira rotineira e não necessariamente com indicações clínicas. A partir desta identificação e de uma decisão conjunta, foi possível realizar mudança na prática assistencial com respaldo da coordenação perante toda a equipe de enfermagem.

O paciente chegava aqui e costumava sondar o paciente de cara, chegou o paciente na urgência e emergência, Sonda de demora. A gente viu que não estava legal, não era prioridade, a gente falou com a coordenação que sondagem não era prioridade, porque os técnicos de enfermagem pressionavam a gente para sondar logo, acho que para não sujar a cama, então a gente viu que não estava legal, não era prioridade. Vamos monitorizar primeiro o paciente, vamos ver o que os médicos estão pedindo, para depois sondar. A gente conversou na coordenação, conversou com os técnicos de enfermagem. Então, a sondagem passou a não ser prioridade. O paciente ia chegando com o SAMU e sonda. Isso me assustou muito, porque o paciente poderia ser extubado, estar acordando e não precisar de sonda. Eu fiquei incomodada com isso e entrei em contato com os outros enfermeiros, com a coordenação e a gente

aboliu, porque parecia protocolo, chegava e passava sonda sem pensar na clínica do paciente, isso foi mudado. Como a relação é boa com a coordenação foi super fácil de resolver, tranquilo. Esta é a situação mais clara que eu vejo de articulação do enfermeiro assistencial com a coordenação (E16).

Outro ponto de atuação em conjunto dos enfermeiros coordenadores e assistenciais é em relação à escala de técnicos de enfermagem. E, dessa maneira, a articulação entre os enfermeiros contribui para a atuação frente a um dos principais desafios encontrados no cenário de estudo, que é a provisão de recursos humanos.

O planejamento da escala é mensal e todos os dias a gente tem uma escala de quantos enfermeiros e como alinhar quantos funcionários têm no setor. Nós enfermeiros remanejamos de acordo com o que foi pré-estabelecido, quantos vão ficar em cada sala, se existir algum conflito a coordenação acaba entrando e atuando e ajudando (E10).

O coordenador tem que estar presente, porque um setor muito dinâmico, um setor que a gente trabalha nessa realidade com um déficit de profissional, então a coordenação tem que estar muito presente na instrução, na movimentação, deslocamento de um funcionário de um setor para outro, na tentativa de melhorar a assistência prestada pelos profissionais (E6).

Estudo que buscou compreender a relação de poder entre o gerente e o enfermeiro, e como esse processo promove ou restringe a capacidade de atuação dos enfermeiros, revelou dois padrões dentro do processo de conectividade/integração: na ausência de um envolvimento significativo com o gerente, o poder foi realizado por meio dos padrões institucionais de comportamento e costumes, e enfermeiros apresentaram estratégias de resistência; e, quando os gerentes forneciam a orientação e se envolviam nos processos com os enfermeiros, o poder foi compartilhado, e enfermeiras foram capazes de influenciar os resultados dos pacientes de forma positiva. Enfatiza ainda que o gerente desempenha um papel crítico na modificação do ambiente de trabalho e, ao criar uma parceria com os enfermeiros, contribui na prestação de serviço de alta qualidade ao paciente (UDOD, 2012). Os achados deste estudo se aproximam do segundo padrão apresentado no estudo de Udod (2012). Esse processo de interação pode ser exemplificado pelos discursos a seguir.

A articulação é importante no contexto da urgência e emergência, e em qualquer lugar quando a chefia e os funcionários conseguem interagir, conversar, resolver os problemas, diálogo, expor um com o outro as ideias e opiniões acho que isso é legal, isso tem aqui (E9).

Geralmente a gente tem um diálogo aberto, as pessoas que estão na coordenação hoje são pessoas que entraram no concurso junto com a gente. Então a coordenação interfere, [...] mas a gente tem um diálogo, não tem aquela separação de enfermeiro, supervisor e coordenador, por exemplo. A gente tem um diálogo presente, tem

liberdade para chegar com demandas para eles, eu acredito que eles também têm liberdade pra falar com a gente. Eu acho que interfere nesse ponto, nesse caso positivamente, por que para gente que é enfermeiro, que às vezes enfrenta muitos problemas no serviço, é importante ter uma coordenação que dê segurança pra levar as demandas pra ele, então acredito nisso (E6).

Segundo Marques e Lima (2008), no trabalho coletivo há sempre espaço para o diálogo e para tomada de decisão em conjunto na busca da qualidade do cuidado prestado, e a comunicação e interação são potentes ferramentas do trabalho que contribui para mudanças na relação de poder entre profissionais. Os enfermeiros entrevistados identificam a importância da comunicação, do diálogo entre os profissionais em prol das relações interpessoais e do funcionamento da unidade.

Na verdade agora que tem mais comunicação, antes tinha um pouco menos de comunicação, de diálogo. Agora a gente tem maior comunicação, na verdade a coordenação é mais aberta, tem troca de ideias (E14).

Onde há dialogo a tendência é melhorar muito. Não tem como você e sua coordenação não ser aberta ao diálogo e um setor funcionar de forma adequada. Se ela não der abertura para você colocar sua dificuldade, expor sua dificuldade, a dificuldade da sua equipe, a dificuldade do seu setor, não tem como implementar nada com o intuito de melhorar. Tem que ter articulação, tanto o enfermeiro quanto a coordenação tem que estar aberta ao dialogo e através disso vamos construindo as relações e propondo melhorias para a instituição (E4).

Peres e Ciampone (2006) apontam que a necessidade de compartilhamento de informações impulsiona os processos de comunicação, e destacam a relevância da comunicação para os profissionais de saúde no que tange às informações necessárias para realizar o processo de trabalho, bem como a comunicação interpessoal. Santos e Bernardes (2010) reafirmam que o processo comunicativo é imprescindível para garantir que as atividades aconteçam de forma eficaz, eficiente e constantemente; e que a comunicação é uma ferramenta essencial para o desempenho profissional com êxito.

Além do diálogo apontado pelos entrevistados, Santos e Bernardes (2010) explicitam a relevância da comunicação escrita nos serviços de saúde. Segundo as autoras, os instrumentos de registros contêm informações clínicas e administrativas, e podem ser utilizados para respaldar profissionais de saúde no âmbito jurídico e processual.

São os instrumentos informais na maioria das vezes. A gente tem um relatório que é o caderno de relatório dos enfermeiros da urgência, [...] mas geralmente a gente prioriza conversar pessoalmente com o coordenador além de relatar no caderno, mas o instrumento maior de contato que agente tem é o caderno, o livro de comunicação (E3).

Estudo realizado com equipe de enfermagem considera que o processo comunicativo ocorre através da comunicação escrita ou falada e, para tanto, faz-se necessário uma linguagem compatível com as pessoas envolvidas, considerando um patamar intelectual para que haja entendimento efetivo entre indivíduos (BROCA; FERREIRA, 2012).

No cenário de estudo a comunicação é efetiva entre os enfermeiros, principalmente a comunicação verbal, que é mais utilizada, é a falada em detrimento da escrita no encaminhamento das questões cotidianas. Não escrever pode gerar problemas futuros quando se desejar resgatar fatos ou situações de determinado contexto. A tecnologia leve, que perpassa às relações entre os sujeitos, é extremamente valorizada no cenário de estudo, no qual os enfermeiros entrevistados identificam a importância da comunicação e do diálogo para as relações interpessoais e funcionamento da unidade e, conseqüentemente, para articulação presente no processo de trabalho do enfermeiro coordenador e do assistencial.

Mishima *et al.* (1997) já apontava que a racionalidade instrumental/técnica e a racionalidade comunicativa são intrínsecas à ação gerencial, e que, quando essas duas racionalidades estão mediadas por um diálogo permanente, implica em um compartilhamento de poder, no qual todos os sujeitos têm um papel relevante. Segundo Hausmann e Peduzzi (2009, p.264), “[...] acredita-se que a mudança na forma do enfermeiro executar o trabalho no sentido de articular o assistencial e o gerencial, poderá propiciar maior visibilidade à sua atuação”.

No cenário de estudo, as articulações possíveis se fazem presentes: no principal desafio que é a gestão de pessoas no cenário de estudo; em aspectos que estão bem estabelecidos, mas que são cruciais no processo, como os recursos materiais; e até mesmo no direcionamento do processo assistencial, por meio de revisão de rotinas, cumprimento de normas e orientações que é um potencial a ser mais explorado. Sobretudo, essa articulação promove ambos os processos e os enfermeiros que atuam nos cargo gerencial e assistencial contribuem para oferta de cuidados em enfermagem de qualidade.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste estudo possibilitou compreender o processo de trabalho de enfermeiros no âmbito gerencial e assistencial na unidade de urgência e emergência. Por meio da percepção dos enfermeiros entrevistados, foi possível uma aproximação e reflexão acerca dos elementos que compõem o processo de trabalho, as especificidades presentes neste cenário de estudo, e as implicações na qualidade da assistência de enfermagem. A análise do processo de trabalho, a partir de um serviço de saúde existente, sendo esse uma porta hospitalar de urgência e emergência, permitiu identificar o quanto é complexo, dinâmico e desafiador para os profissionais enfermeiros atuarem nesse contexto.

Em relação aos meios ou instrumentos de trabalho, os aspectos de infraestrutura da unidade foram considerados adequados, apesar de ser uma construção antiga, mas que é funcional para o trabalho da unidade; e os materiais médico-hospitalares e equipamentos também foram considerados adequados e suficientes para realizar o trabalho. Portanto, recursos físicos e materiais são instrumentais de trabalho facilitador das ações da enfermagem no atendimento ao paciente grave e no alcance de resultados. Por outro lado, o recurso humano foi identificado como essencial e central no processo de trabalho, mas com déficit importante da equipe de enfermagem; e os instrumentos normativos precisam ser otimizados na instituição.

Ressalta-se que as ações gerenciais e assistenciais configuram uma linha tênue do processo de trabalho do enfermeiro, independente de atuarem em cargos de coordenação ou de enfermeiros assistenciais/supervisores. As principais atividades desenvolvidas pelo enfermeiro assistencial e coordenador predominam, respectivamente, ações assistenciais e de ações gerenciais, o que se mostra importante para atingir a finalidade de cada processo com êxito. Identificou-se uma grande interface nos aspectos: provisão de recursos materiais, gestão de pessoas, organização do processo assistencial.

Nesse cenário, foi possível identificar um trabalho articulado, complementar e de cooperação, no qual os enfermeiros gerenciais disponibilizaram instrumentos de trabalho e fizeram adequações de questões relativas à pessoal. Houve a ideia compartilhada de respaldo da coordenação para os enfermeiros assistenciais que estavam na linha de frente no atendimento aos pacientes graves, uma vez que um enfermeiro assistir e gerenciar em uma unidade de alta complexidade tem se mostrado uma situação de alto risco para a qualidade da assistência. Além disso, os enfermeiros assistenciais tinham a liberdade de levar suas demandas para serem resolvidas administrativamente, mantendo-se na assistência ao paciente.

O processo comunicativo e o dialogo é uma condição intrínseca da articulação presente entre enfermeiro coordenador e enfermeiro assistencial, não existindo cisão ou separação entre as ações gerenciais e assistenciais realizadas pelos agentes. Sobretudo, há organização diferenciada dos processos de trabalho administrativo e assistencial e a articulação presente possibilita que ambos na sua respectiva função interajam a fim de superar os desafios e desenvolver potencialidades presentes na realidade do hospital em questão.

Por se tratar de uma unidade de urgência/emergência outros estudos sobre os processos de trabalho se tornam necessários, tendo em vista as particularidades da unidade, de seus pacientes e do trabalho realizado. Recomenda-se, outros estudos para que se possa, então, obter uma compreensão mais ampla da realidade do trabalho em saúde e na enfermagem e os seus diversos aspectos e características que constroem o cotidiano do enfermeiro que atua nas unidades de urgência e emergência.

REFERÊNCIAS

- ALVES, M.; RAMOS, F. R. S.; PENNA, C. M. de M. O trabalho interdisciplinar: aproximações possíveis na visão de enfermeiras de uma unidade de emergência. **Texto Contexto Enferm.** 14(3): 323-31, jul./set. 2005.
- ALMEIDA, M. C. P. de; ROCHA, S. M. M. Considerações sobre a enfermagem enquanto trabalho. In ALMEIDA, M. C. P. de; ROCHA, S. M. M. **O trabalho de enfermagem.** São Paulo: Cortez Editora, 1997.
- ALMEIDA, P. J. dos S.; PIRES, D. E. P. de. O trabalho em emergência: entre o prazer e o sofrimento. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 09, nº 03, p.617-629, 2007. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a05.htm>>. Acesso em: 10 jan.2016.
- ANTUNES, R. Desenhando a nova morfologia do trabalho: As múltiplas formas de degradação do trabalho. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, nº 83, p.19-34, dez. 2008.
- ANTUNES, R.; ALVES, G. As mutações no mundo do trabalho na era da mundialização do capital. **Educ. Soc.** vol. 25, nº 87, p.335-351, Campinas, mai./ago. 2004.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 2009.
- BITTENCOURT, R. J.; HORTALE, V. A. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25(7): p.1439-1454, jul. 2009.
- BRASIL. Lei Federal nº 7.498, de 25 de junho de 1986. **Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências.** Brasília: Congresso Nacional, 1986.
- BRASIL. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência.** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- BRASIL. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. **Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL. Portaria GM/MS nº 2.395, de 11 de outubro de 2011. **Organiza o componente hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- BRASIL. Portaria GM/MS nº 1663, de 06 de agosto de 2012. **Dispõe sobre o Programa SOS Emergência no âmbito da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE).** Brasília: Ministério da Saúde, 2012(a).
- BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde. **Regulamenta as pesquisas em seres humanos no Brasil.** Brasília: Ministério da Saúde / Conselho Nacional de Saúde, 2012(b).

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013(a).

BRASIL, **Política Nacional de Humanização – PNH**. Brasília, 2013(b).

BRASIL, Portaria nº 354, de 10 de março de 2014. **Estabelece as boas práticas para organização e funcionamento de serviços de urgência e emergência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. **Política Nacional de Humanização**. Portal da Saúde. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sas/humanizasus>>. Acesso em: 10 fev. 2016.

BRAVERMAN, H. **Trabalho e capital monopolista: a degradação do trabalho no século XX**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1987.

BROCA, P. V.; FERREIRA, M. Equipe de enfermagem e comunicação: contribuições para o cuidado de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.** 65(1): p.97-103, Brasília, jan./fev. 2012.

CAREGNATO, R. C. A.; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto Contexto Enferm.**, 15(4): p.679-684, Florianópolis, out./dez. 2006.

CECÍLIO, L. C. O. A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. **Interface**, v. 13, supl. 1, p.545-555, Botucatu, 2009.

CECÍLIO, L. C. O.; COUTINHO, A. A. P.; HAMZE F. L.; SILVA, A. F.; BATISTA, L. A.; CARVALHO, A. P. H. Programa SOS Emergências: uma alternativa de gestão e gerência para as grandes emergências do Sistema Único de Saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**, nº 52, p.202-216, Rio de Janeiro, out. 2014.

COELHO, M. F.; CHAVES, L. D. P.; ANSELMI, M. L.; HAYASHIDA, M.; SANTOS, C. B. Análise dos aspectos organizacionais de um serviço de urgências clínicas: estudo em um hospital geral do município de Ribeirão Preto, SP, Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Artigo Original 18(4): [09 telas] jul./ago. 2010.

CORDEIRO, W. J.; TORRES, B. L. de B.; RAUSCH, M. do C. P. **Sistema Manchester de classificação de risco: comparando modelos**. Grupo Brasileiro de Classificação de Risco. 2014. Disponível em: <<http://gbcr.org.br/downloads>>. Acesso em: 20 de jan. 2016.

CORDEIRO W. J.; RAUSCH, M. do C. P.; ROCHA, P. T. B.; NASCIMENTO, G. F. L.; CARVALHO, C. A. de. **Diretrizes para implementação do sistema Manchester de classificação de risco nos pontos de atenção às urgências e emergências**. Grupo Brasileiro de Classificação de Risco. 2015. Disponível em: <<http://gbcr.org.br/downloads>>. Acesso em: 14 de fev. 2016.

COSTA-VAL, R.; MIGUEL, E. V.; SIMÃO, C. F. **Onda vermelha**: ações táticas que visam a abordagem de pacientes “in extremis”, no Hospital João XXIII/FHEMIG. 2014. Disponível em: <<http://www.researchgate.net/publication/260479407>>. Acesso em: 26/de jan. de 2016.

DESLANDES, S. F.; MINAYO, M. C. S.; LIMA, M. L. C. Atendimento de emergência às vítimas de acidentes e violências no Brasil. **Rev. Panam. Salud Publica**, 24(6): p.430-440, 2008.

FARIA, H. P. de; WERNECK, M. A. F.; SANTOS, M. A. dos; TEIXEIRA, P. F. **Processo de trabalho em saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009.

FARIA, H. X.; ARAÚJO, M. D. Uma perspectiva de análise sobre o processo de trabalho em saúde: produção do cuidado e produção de sujeitos. **Saúde Soc.** v.19, n.2, p.429-439, São Paulo, 2010

FELLI, V. E. A.; PEDUZZI, M. O trabalho gerencial em enfermagem. In: KURCGANT, P. **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

FEUERWERKER, L. C. M.; CECÍLIO, L. C. de O. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, 12(4), p.965-971, 2007.

FHEMIG – Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. **Heliponto do Hospital João XXIII agiliza atendimento e salva vidas**. Publicações institucionais, 2011. Disponível em: <<http://www.fhemig.mg.gov.br/banco-de-noticias/238-complexo-de-urgencia-e-emergencia/1706-heliponto-do-hospital-joao-xxiii-agiliza-atendimentos-e-salva-vidas>>. Acesso em: 04 mar. 2016.

FHEMIG – Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. **Revista FHEMIG**. Publicações institucionais, 2012. Disponível em: <<http://www.fhemig.mg.gov.br/publicacoes/pecaas-graficas>>. Acesso em: 04 mar. 2016.

FHEMIG – Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. **Institucional**. Disponível em: <<http://www.fhemig.mg.gov.br>>. Acesso em: 10 fev. 2016.

FURTADO, B. M. A. S. M. **O trabalho do enfermeiro em emergência**: representação social, comprometimento, satisfação e condições de trabalho. O caso do Hospital da Restauração. Tese [Doutorado em Saúde Pública]. Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães / Fundação Oswaldo Cruz, 2009.

GARLET, E. R.; LIMA, M. A. D. da S.; SANTOS, J. L. G. dos, MARQUES, G. Q. Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência. **Texto Contexto Enferm.**, 18(2): p.266-272, Florianópolis, Abr./Jun. 2009.

GIACOMO, N. S. de. **Diretrizes projetuais para unidades de urgência e emergência hospitalares eficientes**. [Tese de Doutorado]. São Paulo: USP / Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, 2009.

GOMES, L. M. X.; BARBOSA, T. L. A.; DIAS, O. V.; OLIVEIRA E SILVA, C. S.; BRITO, M. J. M. Análise do trabalho de enfermeiras gerentes de instituições hospitalares: um estudo

de caso motricidade. **Desafio Singular – Unipessoal.**, vol. 8, Supl. 2, p.158-166, Vila Real, Portugal, 2012.

HAUSMANN, M.; PEDUZZI, M. Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. **Texto Contexto Enferm.** 18(2): 258-265. Florianópolis, abr./jun. 2009.

JORGE, A. O.; COUTINHO, A. A. P.; CAVALCANTE, A. P. S.; FAGUNDES, A. M. S.; PEQUENO, C. C.; CARMO, M.; ABRAHÃO, P. T. M. Entendendo os desafios para a implementação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Brasil: uma análise crítica. **Divulgação em Saúde para Debate**, n. 52, p.125-145, Rio de Janeiro, out. 2014.

MANDÚ, E. N. T.; PEDUZZI, M.; CARVALHO, B. G.; SILVA, A. M. N. da. Literatura brasileira sobre o trabalho de enfermagem fundamentada em categorias marxianas. **Rev. Bras. Enferm.** 64(4): p.766-73. Brasília, jul./ago. 2011.

MANENTI S, A.; CIAMPONE, M. H. T.; MIRA, V. L.; MINAMI, L. F.; SOARES, J. M. S. O processo de construção do perfil de competências gerenciais para enfermeiros coordenadores de área hospitalar. **Rev. Esc. Enferm. USP.** 46(3), p.727-733, 2012.

MANZO, B. F.; BRITO, M. J. M.; CORRÊA, A. D. R. Implicações do processo de acreditação hospitalar no cotidiano de profissionais de saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 46, nº 2, p.438-494, 2012.

MARQUES, G. Q.; LIMA, M. A. D. S. Organização tecnológica do trabalho em um pronto atendimento e a autonomia do trabalhador de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, 42(1): p.41-47, 2008.

MARX, K. **O capital**. Livro 1. São Paulo: Editora Nova Cultural Ltda, 1996.

MENDES, E. V. **As Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 1994.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Trabalho em Saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Julio César França. **Dicionário de educação orofissional em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2009.

MINAS GERAIS. Decreto nº 45.128, de 02 de Julho de 2009. **Dispõe sobre o Estatuto da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG**. Belo Horizonte, 2009.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2010.

MISHIMA, S. M.; VILLA, T. C. S.; SILVA, E. M.; GOMES, E. L. R.; ANSEMI, M. L.; PINTO, I. C.; ALMEIDA, M. C. P. de. Organização do processo gerencial no trabalho em saúde pública. In: ALMEIDA, M. C. P. de; ROCHA, S. M. M. **O trabalho de enfermagem**.

São Paulo: Cortez, 1997.

MONTEZELI, J. H. **O trabalho do enfermeiro no pronto-socorro: uma análise na perspectiva das competências gerenciais.** Dissertação [Mestrado em Enfermagem]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná, 2009.

MOURA, Gisela Maria Schebella Souto de, *et al.* Expectativas da equipe de enfermagem em relação à liderança. **Acta Paul. Enferm.** [online], vol. 26, n.2, p.198-204, 2013.

NARDOTO, E. M. L.; DINIZ, J. M. T.; CUNHA, C. E. G. Perfil da vítima atendida pelo Serviço Pré-hospitalar Aéreo de Pernambuco. **Rev. Esc. Enferm. USP**, 45(1): p.237-242, 2011.

PEDUZZI M., CIAMPONE, M. H. T. Trabalho em equipe e processo grupal. In: KURCGANT, P. **Gerenciamento em enfermagem.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

PEREIRA, M. J. B.; FORTUNA, C. M.; MISHIMA, S. M.; ALMEIDA, M. C. P. de; PERES, A. M., CIAMPONE, M. H. T. A enfermagem no Brasil no contexto da força de trabalho em saúde: perfil e legislação. **Rev. Bras. Enferm.** 62(5): p.771-777. Brasília, set./out. 2009.

PERES, A. M.; CIAMPONE, M. H. T. Gerência e competências gerais do enfermeiro. **Texto Contexto Enferm.** 15(3): 492-499, Florianópolis, jul./set. 2006.

PIRES, D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil.** São Paulo: Annablume, 2008.

PIRES, D. A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. **Rev. Bras. Enferm.** 62(5): p.739-744. Brasília, set./out. 2009.

SANNA M. C. Os processos de trabalho em Enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.** 60(2): 221-224, Brasília, mar./abr. 2007.

SANTOS, M. C.; BERNARDES, A. Comunicação da equipe de enfermagem e a relação com a gerência nas instituições de saúde. **Rev. Gaúcha Enferm.** 31(2): p.359-366. Porto Alegre, jun. 2010.

SILVA L. G. da; MATSUDA, L. M.; WAIDMAN, M. A. P. A estrutura de um serviço de urgência público, na ótica dos trabalhadores: perspectivas da qualidade. **Texto Contexto Enferm.**, 21(2): p.320-328, Florianópolis, Abr./Jun. 2012.

SILVA, D. S.; BERNARDES, A.; GABRIEL, C. S.; ROCHA, F. L. R.; CALDA NA, G. A liderança do enfermeiro no contexto dos serviços de urgência e emergência. **Rev. Eletr. Enf.**, 16(1): p.211-219, jan./mar. 2014.

SOUZA, A.C.C.; MUNIZ FILHA, M. J. M.; SILVA, L. F.; MONTEIRO, A. R. M.; FIALHO, A. V. M. Formação do enfermeiro para o cuidado: reflexões da prática profissional. **Rev. Bras. Enferm.** 59(6): p.805-807, nov./dez. 2006.

SOUZA, C. C.; TOLEDO A. D.; TADEU. L. F. R.; CHIANCA, T. C. M. Classificação de risco em pronto-socorro: concordância entre um protocolo institucional brasileiro e Manchester. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Artigo Original, 19(1): [08 telas], jan./fev. 2011.

UDOD, S. A. *Process of Seeking Connectivity: Social Relations of Power between Staff Nurses and Nurse Managers*. **Nursing Leadership**, v. 25, nº, 2012.

VECINA NETO, G.; MALIK, A. M. Tendências na assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, 12(4): p.825-839, 2007.

WEHBE, G.; GALVÃO, C. M. O enfermeiro de unidade de emergência de hospital privado: algumas considerações. **Rev. Latino-am. Enfermagem**. 9(2): 86-90, mar. 2001.

YWATA, G. C. C.; DANSKI, M. T. R.; MINGORANCE, P.; PEDROLO, E.; LAZZARI, L. S. M. A prática do enfermeiro assistencial em um serviço de pronto atendimento adulto. **Cogitare Enferm**. 14(4): 734-739, Out./Dez. 2009.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Porto Alegre: Bookman, 2010.

ANEXO I

Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – UFMG

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O PROCESSO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO NA UNIDADE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE UM HOSPITAL PÚBLICO

Pesquisador: MARILIA ALVES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 46504215.7.0000.5149

Instituição Proponente: PRO REITORIA DE PESQUISA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.160.877

Data da Relatoria: 30/07/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo de caso, de abordagem qualitativa. O cenário de estudo será unidade de Urgência e Emergência de um Hospital de Pronto-Socorro, escolhido devido à prévia inserção da pesquisadora neste cenário, e pelo fato do hospital ser considerado uma porta de entrada hospitalar estratégica na Rede de Atenção às Urgências e Emergências do estado de Minas Gerais. Os participantes deste estudo serão enfermeiros que atuam na Gerência Administrativa do Hospital, na Gerência da Unidade da Urgência/Emergência, bem como as enfermeiras assistenciais da unidade de Urgência/Emergência. Entre as várias inquietações relacionadas ao trabalho do enfermeiro, neste estudo optou-se pelo recorte do processo de trabalho do enfermeiro em uma unidade de urgência e emergência de um hospital de pronto-socorro, público. Esta opção sustenta-se na ampliação dos serviços de urgência e emergência no País, nas particularidades da unidade e necessidade de articulação das ações gerenciais e assistenciais do enfermeiro. Nesta unidade o enfermeiro ocupa diferentes cargos e desenvolve atividades gerenciais e assistenciais que, de forma complementar, visam à assistência ao paciente. Ressalta-se que a articulação entre gerenciar e assistir é essencial quando se trabalha com pacientes críticos em uma unidade de urgência emergência, onde as ações têm um tempo ótimo e dependem de um serviço articulado e cooperativo, além de recursos e infraestrutura para serem realizadas. Mas, ao mesmo tempo, esta

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901

UF: MG Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 1.160.877

articulação se apresenta como um desafio constante no processo de trabalho do enfermeiro em unidades de urgência.

Critério de Inclusão: As enfermeiras em cargo de gerencia e de assistência na unidade de Urgência/Emergência e que trabalham exercendo as funções há mais de 01(um) ano por deterem as informações necessárias.

Critério de Exclusão: Serão excluídos do estudo os profissionais que estiverem de férias ou licença no período da coleta de dados.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Analisar os processos de trabalho do enfermeiro na unidade de atendimento de urgência e emergência em hospital de pronto-socorro, público, focalizando a articulação entre ações gerenciais e assistenciais do enfermeiro.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Eventuais riscos de constrangimentos gerados na execução das entrevistas.

Benefícios: Possibilita a reflexão e maior compreensão sobre as características e particularidades do processo de trabalho do enfermeiro no contexto de urgência e emergência.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante para a área de Enfermagem, especialmente Urgência/Emergência. Previsão de 30 participantes e de término da pesquisa em 30/11/2015.

As solicitações do COEP foram atendidas:

- descritos no TCLE os benefícios para o participante ou para outras pessoas da comunidade: "Os benefícios em participar da pesquisa estão relacionados à possibilidade de maior reflexão sobre as características do processo de trabalho do enfermeiro no contexto de urgência e emergência";
- informado quem fará as entrevistas e o tempo estimado para a realização das mesmas: "a entrevista será realizada pela mestranda Bárbara Ribeiro Martins, que utilizará um roteiro semi- estruturado e o tempo estimado para a realização da mesma é de 1 hora";
- esclarecido com quem, onde e por quanto tempo ficarão armazenadas as gravações: "Os dados da pesquisa, no caso, os áudios das entrevistas e os arquivos transcritos, serão mantidos em arquivo digital sob guarda e responsabilidade pela pesquisadora Profª Drª Marília Alves e pela mestranda Bárbara Ribeiro Martins, por um período de 5 anos após o término da pesquisa".
- informado que o COEP deverá ser contatado somente no caso de dúvidas éticas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Presentes: informações básicas do projeto, projeto de pesquisa na íntegra, folha de rosto

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos,6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901

UF: MG Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 1.160.877

corretamente preenchida e assinada pela pesquisadora responsável e pela Diretora da Escola de Enfermagem, carta de anuência da Gerência de Ensino e Pesquisa da FHEMIG, roteiros de entrevistas, TCLE para os participantes.

Recomendações:

Recomenda-se a aprovação do projeto de pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Somos favoráveis à aprovação do projeto O PROCESSO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO NA UNIDADE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE UM HOSPITAL PÚBLICO da Pesquisadora Profa. Dra. MARILIA ALVES.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado conforme parecer.

BELO HORIZONTE, 28 de Julho de 2015

Assinado por:
Telma Campos Medeiros Lorentz
(Coordenador)

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005
Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
UF: MG Município: BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 E-mail: coep@prpq.ufmg.br

ANEXO II

Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – UFMG



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Projeto: CAAE – 46504215.7.0000.5149

**Interessado(a): Profa. Marília Alves
Departamento de Enfermagem Aplicada
Escola de Enfermagem - UFMG**

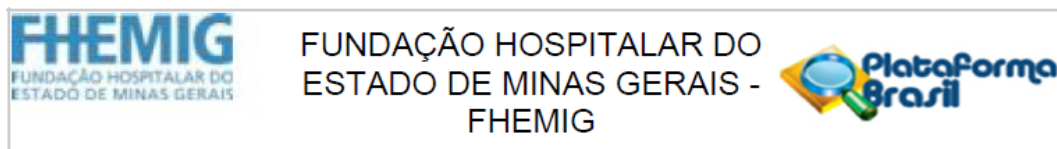
DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 28 de julho de 2015, o projeto de pesquisa intitulado "**O processo de trabalho do enfermeiro na unidade de urgência e emergência de um hospital público**" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto através da Plataforma Brasil.

**Profa. Dra. Telma Campos Medeiros Lorentz
Coordenadora do COEP-UFMG**

ANEXO III

Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) - FHEMIG**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O PROCESSO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO NA UNIDADE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE UM HOSPITAL PÚBLICO

Pesquisador: MARILIA ALVES

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 46504215.7.3001.5119

Instituição Proponente: PRO REITORIA DE PESQUISA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.221.417

Apresentação do Projeto:

Titulado em: O PROCESSO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO NA UNIDADE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE UM HOSPITAL PÚBLICO, trata-se de um projeto de pesquisa para defesa no mestrado - UFMG/ Escola de Enfermagem. Tem como pesquisadora MARÍLIA ALVES (responsável) e BÁRBARA RIBEIRO MARTINS. o projeto será desenvolvido no serviço de emergência e urgência de um hospital público de referência. A pesquisadora defende que O debate sobre o processo de trabalho é relevante para compreensão da organização do trabalho em saúde, na qual se considera que o trabalho em saúde é realizado por uma dimensão coletiva. E propõe realizar estudo de caso, de abordagem qualitativa, tendo como sujeito enfermeiros que atuam na Gerência Administrativa do Hospital, na Gerência da Unidade da Urgência/Emergência, bem como as enfermeiras assistenciais da unidade de Urgência/Emergência, e excluídos enfermeiros com menos de 1 ano na função. Os dados serão coletados através de observação direta e entrevista com roteiro semi-estruturado. As pesquisadoras segue os preceitos éticos, as partes (TCLE, Carta de Anuência, folha de rosto, questionários, etc) foram apresentados sem inconformidades. Este projeto já foi submetido ao CEP / UFMG e aprovado.

Objetivo da Pesquisa:

Este estudo tem como objetivo analisar os processos de trabalho do enfermeiro na unidade de

Endereço: Alameda Vereador Álvaro Celso, 100
 Bairro: Bairro Santa Efigênia CEP: 30.150-260
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3239-9552 Fax: (31)3239-9552 E-mail: cep@fhemig.mg.gov.br



FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO
ESTADO DE MINAS GERAIS -
FHEMIG



Continuação do Parecer: 1.221.417

atendimento de urgência e emergência em hospital de pronto-socorro, público, focalizando a articulação entre ações gerenciais e assistenciais do enfermeiro.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O estudo apresenta riscos mínimos.

E grandes benefícios, tanto para o referencial teórico, como para reflexão e conhecimento dos enfermeiros da unidade de emergência e urgência.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

- Projeto: Relevante, pertinente e de valor científico;
- Metodologia: Adequada para se alcançar o objetivo proposto;
- Currículos: Com competência reconhecida para a condução do estudo;
- Cronograma: Adequado;
- Aspectos Éticos: O projeto cumpre a Res.466/2012 do CNS-MS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Projeto: devidamente descrito;
- TCLE: adequado para o perfil da amostra;
- FR: devidamente preenchida e assinada;
- Parecer GEP: aprovado.

Recomendações:

- Enviar semestralmente ao CEP-FHEMIG os relatórios parciais e/ou final da pesquisa via Plataforma Brasil.
- Incluir no TCLE o contato do CEP-FHEMIG: Alameda Álvaro Celso, 100, Sta. Efigênia, BH-MG. Telefone: (31)3239-9552.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Favorável a aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|------------------|-------------------------|------------|-------|----------|
| Parecer Anterior | projeto Barbara ENA.pdf | 20/05/2015 | | Aceito |

Endereço: Alameda Vereador Álvaro Celso, 100
 Bairro: Bairro Santa Efigênia CEP: 30.150-260
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3239-9552 Fax: (31)3239-9552 E-mail: cep@fhemig.mg.gov.br

Continuação do Parecer: 1.221.417

| | | | | |
|--|--|------------------------|--|---------|
| Parecer Anterior | projeto Barbara ENA.pdf | 18:29:58 | | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | projeto mestrado Barbara.doc | 20/05/2015 18:34:34 | | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.doc | 21/05/2015 22:37:53 | | Aceito |
| Outros | Carta de Anuência.JPG | 28/05/2015 17:12:07 | | Aceito |
| Folha de Rosto | folha de rosto.pdf | 01/06/2015 09:18:58 | | Aceito |
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_P ROJETO_502685.pdf | 05/06/2015 20:54:39 | | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - modificado 06- 07.doc | 06/07/2015 13:36:31 | | Aceito |
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_P ROJETO_502685.pdf | 06/07/2015 13:37:20 | | Aceito |
| Documento digitalizado | DocPPBarbaraHJXXIII.pdf | 11/08/2015 16:06:22 | | Postado |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 10 de Setembro de 2015

**Assinado por:
 Vanderson Assis Romualdo
 (Coordenador)**

| | | | |
|--|---------------------------|------------------------------|--|
| Endereço: Alameda Vereador Álvaro Celso, 100 | | | |
| Bairro: Bairro Santa Efigênia | CEP: 30.150-260 | | |
| UF: MG | Município: BELO HORIZONTE | | |
| Telefone: (31)3239-9552 | Fax: (31)3239-9552 | E-mail: cep@fhemig.mg.gov.br | |

APÊNDICE I

Roteiro de Entrevista

Identificação da entrevista

Número da entrevista:

Data: ___/___/___ Início: ____:____ Término ____:____

Sexo M____ F_____

Estado civil_____

Cargo que ocupa:_____

Tempo que atua no cargo:_____

Tempo na Instituição: _____

Tempo de trabalho na urgência_____

Formação _____ ano_____

Pós- graduação_____

1. Fale-me sobre as atividades desenvolvidas por você no dia-a-dia de trabalho e sobre que objetos ou pessoas atua.
2. Que atividades são desenvolvidas pela gerência de enfermagem na unidade de urgência e emergência?
3. Quais atividades o enfermeiro assistencial desenvolve na unidade de urgência e emergência?
4. Fale-me um pouco sobre como ocorre a articulação entre a gerencia e assistência realizadas por enfermeiros. Qual sua importância no atendimento ao paciente da urgência?
5. Como é a relação no trabalho de enfermeiros da gerencia com enfermeiros assistenciais na unidade de urgência e emergência?
6. Que conhecimentos, atitudes e habilidades são necessárias para o trabalho do enfermeiro gerente no pronto-socorro? E para o enfermeiro assistencial?
7. Em sua visão o que pode ser feito para melhorar o atendimento ao paciente na unidade de urgência e emergência?
8. Que instrumentos ou meios são utilizados pelos enfermeiros para atender os pacientes?
9. Como é o planejamento e disponibilização de materiais e pessoal para o trabalho do enfermeiro?
10. Com o enfermeiro contribui para o resultado da assistência ao paciente na urgência?

APÊNDICE II

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada “Processo de trabalho do enfermeiro na unidade de urgência e emergência de um hospital público”, a ser desenvolvida no curso de Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais –EEUFMG – que tem como objetivo analisar o processo de trabalho do enfermeiro na unidade de atendimento de urgência e emergência em hospital de pronto-socorro, público, focalizando a articulação entre ações gerenciais e assistenciais do enfermeiro.

A pesquisa é uma das exigências para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, sendo de responsabilidade Bárbara Ribeiro Martins, aluna regularmente matriculada no referido curso e orientada pela Prof^a Dr^a Marília Alves, Prof^a Titular do Dep. de Enfermagem Aplicada da Escola de Enfermagem da UFMG. Trata-se de um estudo de caso com abordagem qualitativa, em que a coleta de dados será por meio de entrevistas e observação. Ao ser entrevistado (a) você responderá a algumas questões referentes às atividades desenvolvidas pela gerência de enfermagem e pelo enfermeiro assistencial e com ocorre a articulação entre as ações gerenciais e assistenciais, além das facilidades e dificuldades para estabelecer esta articulação.

A entrevista será realizada pela mestranda Bárbara Ribeiro Martins, que utilizará um roteiro semi- estruturado e o tempo estimado para a realização da mesma é de 1 hora. As entrevistas serão gravadas e transcritas para ser fidedigno, estando à sua disposição para ouvir ou ler se o desejar. Os dados da pesquisa, no caso, os áudios das entrevistas e os arquivos transcritos, serão mantidos em arquivo digital sob guarda e responsabilidade pela pesquisadora Prof^a Dr^a Marília Alves e pela mestranda Bárbara Ribeiro Martins, por um período de 5 anos após o término da pesquisa.

Reconhece-se a possibilidade da ocorrência dos eventuais riscos de constrangimentos gerados na execução das entrevistas. Caso ocorra, em qualquer momento, você tem a liberdade de interromper sua participação na pesquisa sem prejuízo algum. Esclareço que serão garantidos aos participantes o anonimato, privacidade e sigilo em relação às informações e declarações prestadas verbalmente ou por escrito antes, durante e depois da realização da pesquisa; as informações não serão utilizadas em prejuízo das pessoas, inclusive em termo de autoestima, prestígio e/ou econômico-financeiros. Não haverá despesas pessoais, nem compensação financeira pela entrevista ou pesquisa. Os benefícios em participar da

pesquisa estão relacionados à possibilidade de maior reflexão sobre as características do processo de trabalho do enfermeiro no contexto de urgência e emergência.

Reafirmo o compromisso de que as informações serão utilizadas apenas para fins da pesquisa e o não consentimento de sua participação no estudo não implicará em nenhum tipo de restrição institucional. Se houver qualquer dúvida poderá entrar em contato com o pesquisador responsável e com COEP/UFMG em caso exclusivamente de dúvidas éticas. Este termo será assinado em duas vias, uma para a pesquisadora e outra será entregue a você.

Eu, _____ CI _____ fui devidamente esclarecido (a) sobre os objetivos da pesquisa, sua finalidade e que será garantido o anonimato e utilização da entrevista somente para fins científicos e que poderei me retirar da pesquisa se assim desejar. Concordo espontaneamente em participar da pesquisa concedendo a entrevista.

Entrevistado

Entrevistador

Pesquisadora responsável: Prof^a Dr^a Marília Alves

Contatos:

COEP- Comitê de Ética em Pesquisa – UFMG - Av. Antônio Carlos, 6627/ Unidade Administrativa II - 2º andar - Sala 2005/ Campus Pampulha, Belo Horizonte, MG – Brasil/ CEP: 31270-901 Fone: (31) 3409-4592 / E-mail: coep@prpq.ufmg.br

Pesquisadores:

Marília Alves – Fone: (31) 3409-9849 marilix@terra.com.br

Bárbara Ribeiro Martins - Fone: (31) 86079584/ Email: barbara.martins17@yahoo.com.br

Endereço: Av. Alfredo Balena, 190/ Escola de Enfermagem da UFMG. 5º andar - Sala 514/ Campus Saúde Belo Horizonte, MG – Brasil/ CEP 30130-10.