

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM**

JOSÉ LUÍS GUEDES DOS SANTOS

**A DIMENSÃO GERENCIAL DO TRABALHO DO ENFERMEIRO EM
UM SERVIÇO HOSPITALAR DE EMERGÊNCIA**

PORTO ALEGRE

2010

JOSÉ LUÍS GUEDES DOS SANTOS

**A DIMENSÃO GERENCIAL DO TRABALHO DO ENFERMEIRO EM
UM SERVIÇO HOSPITALAR DE EMERGÊNCIA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Mestrado Acadêmico, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito final para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Políticas e Práticas em Saúde e Enfermagem

Orientadora: Profa. Dra. Maria Alice Dias da Silva Lima

PORTO ALEGRE

2010

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO-NA-PUBLICAÇÃO-CIP
BIBLIOTECA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM, UFRGS, Porto Alegre, BR-RS

S337d Santos, José Luís Guedes dos

A dimensão gerencial do trabalho do enfermeiro em um
serviço hospitalar de emergência [manuscrito] / José Luís
Guedes dos Santos. – 2010.
135 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande
do Sul. Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2010.

Orientação: Maria Alice Dias da Silva Lima.

1. Gerência – Enfermagem. 2. Enfermagem em emergência.
3. Supervisão de enfermagem. 4. Papel do profissional de
enfermagem. 5. Serviço hospitalar de emergência – Enfermagem.
I. Lima, Maria Alice Dias da Silva. II. Título.

NLM: WY105

Bibliotecária responsável: Jacira Gil Bernardes - CRB 10/463

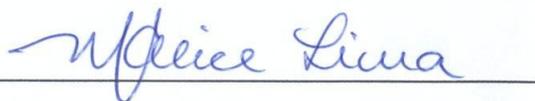
JOSÉ LUÍS GUEDES DOS SANTOS

A DIMENSÃO GERENCIAL DO TRABALHO DO ENFERMEIRO EM UM SERVIÇO HOSPITALAR DE EMERGÊNCIA

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 26 de abril de 2010.

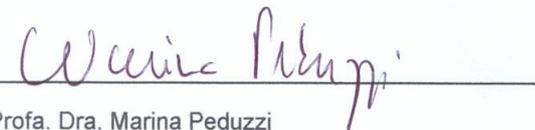
BANCA EXAMINADORA



Profa Dra. Maria Alice Dias da Silva Lima

Presidente da Banca – Orientadora

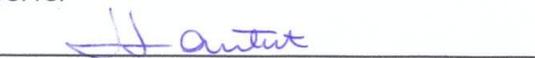
PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Marina Peduzzi

Membro da banca

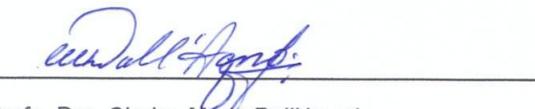
USP/SP



Profa. Dra. Liana Lautert

Membro da banca

PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Clarice Maria Dall'Agnol

Membro da banca

PPGENF/UFRGS

DEDICATÓRIA

À minha querida mãe, Gessi Silva Guedes, pela dedicação, pelo carinho e pela força durante todo o tempo.

AGRADECIMENTOS

A *Deus*, por tudo o que tem me permitido ser e ter!

Aos meus pais, *José Reis dos Santos* e *Gessi Silva Guedes*, e à *Beta*, minha “segunda” mãe, que diretamente e indiretamente tornaram este sonho possível: muito obrigado por tudo!

À *Profa. Dra. Adelina Giacomelli Prochnow*, minha “mãe” de pesquisa, por ter sido minha orientadora de iniciação científica na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), por me apresentar ao mundo da pesquisa em Enfermagem, por todos seus ensinamentos e pelo exemplo de profissional e ser humano: meu reconhecimento e minha gratidão sempre!

Às amigas da Turma de Mestrado *Maria de Lourdes Rodrigues Pedroso* e *Marinês Aires*, por estarem verdadeiramente ao meu lado nestes dois anos do Curso, vibrando com minhas conquistas e amparando-me nos momentos de dificuldade: dizer “muito obrigado!” é pouco para expressar minha gratidão e meu carinho por vocês.

À *Profa. Dra. Maria Alice Dias da Silva Lima*, pelo incentivo e amizade ao longo da nossa convivência e pela forma competente, segura e ética com que orientou não só esta Dissertação, mas toda minha trajetória acadêmica como Mestrando em Enfermagem na UFRGS.

À querida amiga *Rosângela Marion da Silva*, companheira de muitas “empreitadas” acadêmicas, pelo incentivo e exemplo de competência profissional e perseverança.

À *Estela Regina Garlet*, pela amizade, pelo apoio e pelo incentivo fundamentais para que eu chegasse até à UFRGS.

À amiga *Soeli Guerra*, por se preocupar comigo, auxiliando-me e aconselhando-me sempre que precisei.

Às amigas *Betina Rodrigues*, *Clarissa Rodrigues*, *Dalva da Silva*, *Daiana de Araújo*, *Graciele Linch* e *Janaina de Oliveira*, pelo incentivo, carinho e companheirismo de vocês!

À *Grassele Diefenbach*, pelo convívio, pela amizade, pelos momentos de diversão e por me ensinar que “cada um sabe de si”.

À *Profa. Dra. Joséte Luzia Leite*, praticamente minha “avó” de pesquisa, pelo exemplo de mestre incansável e pelo incentivo à minha trajetória acadêmica na Enfermagem.

Às *Profas. Dras. Marina Peduzzi, Clarice Dall’Agnoll e Liana Lautert*, por aceitarem compor a banca examinadora desta Dissertação e pelas importantes contribuições para aprimorá-la.

Aos colegas da Turma de Mestrado Acadêmico em Enfermagem da UFRGS 2008, em especial *Andiara Cossetin, Daniela dos Santos Marona, Diovane Ghignatti da Costa e Eliane Lavall*, pelos momentos de convivência e aprendizado.

Aos enfermeiros que gentilmente participaram deste estudo, pela atenção e disponibilidade.

Aos colegas do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem da UFSM e do Grupo de Estudos em Saúde Coletiva da UFRGS, pelos momentos de discussão e reflexão e pelas parcerias na realização de pesquisas e elaboração de artigos científicos, em especial *Alísia Weis, Graciela Gehlen, Giselda Marques, Rosane Ciconet e Suzinara Soares de Lima*.

Aos professores do Curso de Mestrado Acadêmico em Enfermagem da UFRGS, pelos conhecimentos compartilhados e múltiplos aprendizados oportunizados.

Aos professores do Departamento de Enfermagem da UFSM, pela contribuição à minha formação acadêmica e profissional, durante o período do Curso de Graduação.

A todos os bolsistas e funcionários técnico-administrativos da Escola de Enfermagem da UFRGS, em especial, *Tatiane Santos e Camila Radomsky* que atuam na Secretaria do PPGENF, pelo auxílio competente nos momentos que precisei e por todos os “galhos quebrados”, ah, e, desculpem qualquer coisa!

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela concessão da minha Bolsa de Mestrado e pelo incentivo à educação e pesquisa científica no Brasil.

Tua Caminhada

(Charles Chaplin)

Tua caminhada ainda não terminou...

*A realidade te acolhe
dizendo que pela frente
o horizonte da vida necessita
de tuas palavras
e do teu silêncio.*

*Se amanhã sentires saudades,
lembra-te da fantasia e
sonha com tua próxima vitória.
Vitória que todas as armas do mundo
jamais conseguirão obter,
porque é uma vitória que surge da paz
e não do ressentimento.*

*É certo que irás encontrar situações
tempestuosas novamente,
mas haverá de ver sempre
o lado bom da chuva que cai
e não a faceta do raio que destrói.*

*Tu és jovem.
Atender a quem te chama é belo,
lutar por quem te rejeita
é quase chegar à perfeição.
A juventude precisa de sonhos
e se nutrir de lembranças,
assim como o leito dos rios
precisa da água que rola
e o coração necessita de afeto.*

*Não faças do amanhã
o sinónimo de nunca,
nem o ontem te seja o mesmo
que nunca mais.
Teus passos ficaram.
Olhes para trás...
mas vá em frente,
pois há muitos que precisam
que chegues para poderem seguir-te.*

RESUMO

Este estudo teve como objetivo geral analisar a dimensão gerencial do processo de trabalho do enfermeiro em um serviço hospitalar de emergência. Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo estudo de caso com base no referencial teórico dos estudos sobre processo de trabalho em saúde, processo de trabalho gerencial do enfermeiro e gerenciamento do cuidado. Os dados foram coletados entre junho e setembro de 2009, por meio de observação participante e entrevista semi-estruturada com enfermeiros do Serviço de Emergência de um Hospital Universitário do Rio Grande do Sul – RS, Brasil. O material empírico foi analisado segundo a técnica de análise de conteúdo temática, a partir da qual se constituíram quatro categorias: 1) O trabalho dos enfermeiros no cotidiano do serviço de emergência; 2) Atuação dos enfermeiros no gerenciamento do cuidado; 3) Articulação entre os profissionais e trabalho em equipe; e, 4) Desafios no gerenciamento do cuidado e estratégias para superá-los. O trabalho dos enfermeiros no serviço de emergência é constantemente influenciado por situações inesperadas e pela procura por atendimento, que variam em diversidade e complexidade. A dimensão gerencial do trabalho do enfermeiro tem como foco o atendimento às necessidades dos pacientes e contempla a realização e o planejamento do cuidado, a previsão e provisão de recursos para o bom funcionamento da unidade e a liderança, supervisão e capacitação da equipe de enfermagem. Os enfermeiros reconhecem a importância do trabalho em equipe e sua responsabilidade na articulação das ações dos profissionais de saúde. A superlotação e manutenção da qualidade do cuidado são os principais desafios gerenciais dos enfermeiros. As estratégias para superá-los incluem mudanças no fluxo de atendimento dos pacientes e na estrutura física da unidade e a reorganização do sistema de saúde para a atenção às urgências. Esses resultados podem colaborar com o trabalho dos enfermeiros possibilitando que discutam e reflitam sobre suas práticas e avancem na compreensão do gerenciamento do cuidado como instrumento para a melhoria da assistência e das práticas de atenção à saúde nos serviços de emergência.

Descritores: Enfermagem em Emergência. Papel do Profissional de Enfermagem. Gerência. Supervisão de Enfermagem. Serviço Hospitalar de Emergência.

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo general analizar la dimensión gerencial del proceso de trabajo del enfermero en un servicio hospitalario de emergencia. Se trata de una investigación cualitativa de tipo estudio de caso basada en el marco teórico de los estudios sobre proceso de trabajo en salud, proceso de trabajo gerencial del enfermero y gerenciamiento del cuidado. Se recolectaron los datos entre junio y septiembre de 2009, por medio de observación participante y entrevista semi-estructurada con enfermeros del Servicio de Emergencia de un Hospital Universitario del *Rio Grande do Sul – RS*, Brasil. Se analizó el material empírico según la técnica del análisis temático de contenido, a partir del cual se establecieron cuatro categorías: 1) El trabajo de los enfermeros en el cotidiano del servicio de emergencia; 2) Actuación de los enfermeros en lo gerenciamiento del cuidado; 3) Articulación entre los profesionales y trabajo en equipo; y, 4) Retos en el gerenciamiento del cuidado y estrategias para superarlos. El trabajo de los enfermeros en el servicio de emergencia recibe frecuentemente la influencia de situaciones inesperadas y de la gran búsqueda por atención, que varían en diversidad y complejidad. La dimensión gerencial del trabajo del enfermero tiene como foco la atención a las necesidades de los pacientes y comprende la realización y la planificación del cuidado, la previsión y la disposición de recursos para el buen funcionamiento de la unidad y el liderazgo, supervisión y capacitación del equipo de enfermería. Los enfermeros reconocen la importancia del trabajo en equipo y su responsabilidad en la articulación de las acciones de los profesionales de salud. La superpoblación de la unidad y la manutención de la calidad del cuidado son los principales retos de los enfermeros en su gerencia. Las estrategias para transponerlos incluyen cambios en el flujo de atención a los pacientes y en la estructura física de la unidad y la reorganización del sistema de salud para la atención a las urgencias. Esos resultados pueden colaborar con el trabajo de los enfermeros permitiendo que discutan y reflexionen sus prácticas, avanzando en la comprensión de la gerencia del cuidado como una herramienta para la mejora de la asistencia y de las prácticas de atención a la salud en los servicios de emergencia.

Descriptor: Enfermería de Urgencia. Rol de la Enfermera. Gerencia. Supervisión de Enfermería. Servicio de Urgencia en Hospital.

ABSTRACT

The purpose of this study was to analyze the managerial dimension of the nurse work in a hospital emergency service. It is a qualitative research approached as a case study based on the theoretical referent of the studies on the working process in health, managerial working process, and care management. The data were collected between June and September 2009 through participant observation and semi-structured interview with nurses of the Emergency Service of a University Hospital of *Rio Grande do Sul – RS, Brazil*. The empirical material has been analyzed according to theme content analysis, from which four categories had been set: 1) Nurse work in the quotidian of emergency service; 2) Care management; 3) Articulation among professionals and team work; and, 4) Challenges for care management and strategies to overcome them. The work of nurses in emergency services is constantly influenced by unexpected situations and the great search of people to be attended to; which varies in diversity and complexity. The managerial dimension of nurse's work focuses in the fulfillment of patients' needs and contemplates the accomplishment and care planning, prevision, provision of resources for the unit; as well as the leadership, supervision, and training of nursing team. Nurses recognize the importance of team work and their responsibility in joining health professional actions. Overcrowding and quality of care are the main challenges nurses face in managing care. The strategies to overcome them include changes in the flow of patients and physical structure of the unit and reorganization of the health system for emergency attention. These results might collaborate with the work of nurses enabling those professionals to discuss and reflect on their practices and advance in the comprehension of care management as a tool for assistance improvement and of the practices in health attention in emergency services.

Descriptors: Emergency Nursing. Nurse's Role. Management. Nursing, Supervisory. Emergency Service, Hospital.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS.....	18
2.1 Objetivo geral	18
2.2 Objetivos específicos.....	18
3 REVISÃO DE LITERATURA	19
3.1 O processo de trabalho em saúde e enfermagem.....	19
3.2 O processo de trabalho gerencial do enfermeiro.....	24
3.3 O atendimento às urgências nos serviços hospitalares de emergência.....	28
3.4 O trabalho do enfermeiro nos serviços hospitalares de emergência.....	33
4 ASPECTOS METODOLÓGICOS	40
4.1 Desenho da pesquisa.....	40
4.2 Contexto do estudo.....	41
4.3 Procedimentos para coleta de dados e participantes da pesquisa	43
4.4.1 Observação participante.....	45
4.4.2 Entrevista semi-estruturada.....	46
4.4 Organização e análise dos dados	48
4.5 Considerações éticas	49
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	50
5.1 O trabalho dos enfermeiros no cotidiano do serviço de emergência.....	50
5.2 Atuação dos enfermeiros no gerenciamento do cuidado.....	67
5.2.1 Concepções dos enfermeiros sobre gerenciamento do cuidado.....	67
5.2.2 Planejamento e realização do cuidado.....	77
5.2.3 Previsão e provisão de recursos	82
5.2.4 Supervisão, liderança e capacitação da equipe de enfermagem	88
5.3 Articulação entre os profissionais e trabalho em equipe.....	92
5.4 Desafios no gerenciamento do cuidado e estratégias para superá-los	101
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	113
APÊNDICE A – Roteiro para observação participante	131
APÊNDICE B – Roteiro para entrevista semi-estruturada	132
APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	133

ANEXO A – Documento de aprovação do Projeto de Pesquisa no Comitê de Ética em Pesquisa.....	134
ANEXO B – Protocolo para classificação de risco.....	135

1 INTRODUÇÃO

Este estudo teve como objeto de pesquisa a dimensão gerencial do trabalho do enfermeiro^a em um serviço hospitalar emergência^b e foi desenvolvido junto à linha de pesquisa Políticas e Práticas em Saúde e Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGENF/UFRGS). Ele integra o macro-projeto intitulado “Estruturação da rede de serviços de saúde do município de Porto Alegre para o atendimento às urgências”, o qual está sendo desenvolvido pelo Grupo de Estudos em Saúde Coletiva e financiado pelo Edital MCT/CNPq Nº 014/2008 – Universal.

O interesse por essa temática advém da minha trajetória acadêmica e profissional. Sou egresso do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (2004 – 2007), onde, como bolsista de iniciação científica e integrante do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem, participei de pesquisas sobre aspectos relacionados ao processo de trabalho em saúde e enfermagem e exercício gerencial do enfermeiro no contexto hospitalar.

Concomitantemente às atividades de pesquisa, ocorreu meu contato com o trabalho em emergência. Visando aprimorar minha qualificação profissional, realizei estágio voluntário, participei de projetos de extensão e fui bolsista assistencial no Pronto-Socorro do Hospital Universitário de Santa Maria, desenvolvendo atividades assistenciais e gerenciais inerentes ao trabalho do enfermeiro.

Desse modo, surgiu uma série de inquietações e reflexões quanto aos limites e às possibilidades da atuação do enfermeiro como gerente da produção do cuidado em um serviço hospitalar de emergência, entre as quais, destacam-se: visualização da gerência como atividade burocratizada, enfadonha e desgastante; predileção pelo desenvolvimento de procedimentos de enfermagem desconsiderando os aspectos psicossociais do indivíduo cuidado; dificuldades de relacionamento e comunicação

^a O substantivo masculino é empregado considerando-se que a formação universitária em Enfermagem, no Brasil, confere o título de enfermeiro.

^b Os serviços hospitalares de emergência, também denominados unidades hospitalares de atendimento às urgências, integram o componente hospitalar da rede de atenção integral às urgências preconizada pela Política Nacional de Atenção às Urgências. Quanto à utilização dos termos urgência e emergência, considera-se, em conformidade com a terminologia adotada pelo Ministério da Saúde, que eles expressam uma única área de atenção.

com a equipe de saúde e de enfermagem; e, falta de comprometimento de alguns enfermeiros com a qualidade e o resultado final da assistência justificada pela superlotação, escassez de pessoal e falta de rotina.

Essas inquietações associadas às discussões nas disciplinas cursadas ao longo do Mestrado e à participação nos estudos sobre a organização e estruturação dos serviços de atenção às urgências desenvolvidos pelo Grupo de Estudos em Saúde Coletiva (GESC) da UFRGS, conduziram-me à realização da presente pesquisa no intuito de investigar a dimensão gerencial do trabalho do enfermeiro no contexto de um serviço hospitalar de emergência.

Para realização desta investigação, buscou-se subsídios teóricos e conceituais nos pressupostos dos estudos sobre processo de trabalho em saúde, processo de trabalho gerencial do enfermeiro e gerenciamento do cuidado.

O trabalho em saúde caracteriza-se pelo encontro entre pessoas que trazem um sofrimento ou necessidades de saúde e outras que dispõem de conhecimentos específicos ou instrumentos que podem solucionar o problema apresentado. Nesse encontro, são mobilizados sentimentos, emoções e conhecimentos que podem dificultar ou facilitar a percepção e interpretação dos profissionais acerca das necessidades ou demandas trazidas pelos usuários. Dessa maneira, o cuidado, que é o produto final do trabalho na saúde, é indissociável do processo que o produziu, ou seja, é a própria realização da atividade, sendo consumido pelo usuário no mesmo momento em que é produzido⁽¹⁾.

A organização do trabalho, entretanto, pode interferir no produto final do trabalho em saúde, transformando-o conforme a influência dos diferentes elementos do processo, das concepções e intenções dos agentes a respeito do produto a ser construído. A organização tecnológica do trabalho se constitui pelos seus elementos: o objeto de trabalho, os instrumentos e a própria atividade, assim como as relações técnicas, sociais e de produção⁽²⁾.

O processo de trabalho dos enfermeiros, como prática social e parte integrante do trabalho coletivo em saúde, pode ser subdividido em duas dimensões complementares entre si: assistir e gerenciar. Na primeira, o enfermeiro toma como objeto de intervenção as necessidades de cuidado de enfermagem e tem por finalidade o cuidado integral, na segunda, o enfermeiro toma como objeto a organização do trabalho e os recursos humanos em enfermagem, os meios e instrumentos são os diferentes saberes administrativos, materiais, equipamentos e

instalações, além dos instrumentos técnicos da gerência, como: dimensionamento de pessoal, planejamento, educação continuada/permanente, supervisão, avaliação de desempenho, entre outros, os quais devem ser empregados com a finalidade de criar e implementar condições adequadas à produção do cuidado e de desempenho à equipe de enfermagem⁽³⁻⁶⁾.

Seguindo essa linha de pensamento, a gerência configura-se como uma atividade meio para a atividade fim que é o cuidado, ou seja, o gerenciamento do cuidado de enfermagem tem como alicerce a articulação entre a dimensão assistencial e gerencial do processo de trabalho do enfermeiro. No entanto, o gerenciamento é visualizado pelos enfermeiros, muitas vezes, como uma atividade burocrática e desvinculada da produção do cuidado^(5,7-9).

A dissociação entre gerência e cuidado relaciona-se à influência histórica do modelo taylorista/fordista, da administração clássica e do modelo burocrático sobre a organização do trabalho e o gerenciamento no setor saúde, especialmente no âmbito hospitalar. Entre as principais características desses modelos destacam-se a fragmentação do trabalho com separação entre concepção e execução, o controle gerencial do processo de produção associado à rígida hierarquia, a racionalização da estrutura administrativa, a impessoalidade nas relações interpessoais e a ênfase em sistemas de procedimentos e rotinas^(10,11).

Assim, diversos questionamentos acerca da configuração da administração em enfermagem têm sido levantados, especialmente a partir dos anos de 1990, salientando a necessidade da construção de formas inovadoras e interativas de gerenciar em enfermagem, que busquem transpor os limites institucionalizados do cuidado tradicional pautado em processos administrativos fundados no pensamento positivista e determinista⁽¹²⁾.

Portanto, as discussões relacionadas à dimensão gerencial do processo de trabalho do enfermeiro nas diferentes instituições e serviços de saúde vêm mobilizando pesquisadores da Enfermagem há mais de duas décadas. Entretanto, a partir de uma revisão sistemática sobre o trabalho da enfermagem na atenção às urgências evidenciou-se que poucos estudos têm privilegiado como objeto específico de estudo o processo gerencial dos enfermeiros nos serviços hospitalares de emergência⁽¹³⁾.

Os serviços hospitalares de emergência inserem-se em um contexto político e estrutural no qual estão implicadas questões relativas ao cenário atual da saúde,

cujas características não só definem regras institucionais, como também condicionam a dinâmica do trabalho e as relações nele construídas⁽¹⁴⁾. O trabalho dos profissionais de saúde nesses serviços é marcado pela imprevisibilidade e, muitas vezes, desprovido de rotina, pois os processos de trabalho são organizados com o intuito de suportar a grande procura por atendimento. Além disso, há uma alta pressão em virtude do ritmo frenético na realização das atividades que estão relacionadas à alta demanda de trabalho e à corrida em benefício da vida, que exige intervenções precisas e rápidas⁽¹⁵⁾.

Estudos sobre a organização do trabalho da equipe de saúde no atendimento às urgências e emergências têm destacado a atuação do enfermeiro como gerente da assistência e da equipe de enfermagem. É o enfermeiro quem articula as ações dos profissionais de saúde, estabelece o ritmo no qual o trabalho será realizado, o que lhe possibilita o desenvolvimento de ações para além do modelo biologicista e centrado em procedimentos que rege o processo de trabalho nos serviços de emergência⁽¹⁶⁻¹⁸⁾.

Os enfermeiros nos serviços hospitalares de emergência estão diretamente envolvidos com o cuidado e com a gerência de recursos e coordenação do trabalho da equipe de enfermagem, além de serem também intermediários entre a família e a equipe de atendimento. Compete a eles buscar meios para garantir a disponibilidade e a qualidade de recursos materiais e de infra-estrutura que permitam à equipe atuar no atendimento emergencial, visualizando as necessidades do paciente, conciliando os objetivos organizacionais e os objetivos da equipe de enfermagem⁽¹⁹⁻²¹⁾.

Além disso, a gerência é descrita como um instrumento capaz de auxiliar o enfermeiro a promover mudanças e inovações visando maior qualidade no atendimento em emergência. Porém, há ressalvas de que o planejamento da assistência frente a uma rotina constantemente influenciada por situações inesperadas em um contexto que nem sempre dispõe da infra-estrutura necessária e do quantitativo de pessoal suficiente para prestar um atendimento de qualidade é um grande desafio, o qual requer uma atuação que agregue mais fortemente competências relacionais, comunicativas e políticas^(19,20,22).

Para tanto, o processo de trabalho de gerência representa uma possibilidade a ser empreendida no trabalho dos enfermeiros, em contraponto às concepções de gerência como prática estritamente burocrática e desvinculada do cuidado que imperam no imaginário de muitos enfermeiros. A gerência do cuidado pode ser

empregada como um dispositivo potencializador na efetivação de políticas públicas e da reorganização dos serviços de saúde com foco no usuário.

Com base no panorama apresentado, as questões que nortearam este estudo foram: Quais as particularidades do trabalho dos enfermeiros no cotidiano de um serviço hospitalar de emergência? Como os enfermeiros desempenham e quais concepções norteiam a dimensão gerencial do seu processo de trabalho em um serviço hospitalar de emergência? Como os enfermeiros participam da articulação entre os profissionais e do trabalho em equipe visando ao gerenciamento do cuidado? Com quais desafios os enfermeiros deparam-se para o gerenciamento do cuidado e que estratégias sugerem para superá-los?

Os resultados desta pesquisa podem colaborar com o trabalho da enfermagem em emergência, possibilitando que os enfermeiros discutam e reflitam sobre suas práticas, compreendendo o gerenciamento como um importante instrumento para a melhoria da assistência e das práticas de atenção à saúde no cotidiano dos serviços hospitalares de atendimento às urgências e emergências.

2 OBJETIVOS

A partir dos questionamentos levantados em relação ao objeto de estudo, elaboraram-se os seguintes objetivos.

2.1 Objetivo geral

Analisar a dimensão gerencial do processo de trabalho dos enfermeiros de um serviço hospitalar de emergência.

2.2 Objetivos específicos

Os objetivos específicos da pesquisa foram:

- descrever o trabalho dos enfermeiros no cotidiano do serviço de emergência;
- conhecer as concepções dos enfermeiros sobre gerenciamento do cuidado;
- analisar a atuação dos enfermeiros no gerenciamento do cuidado no serviço de emergência; e,
- identificar os desafios dos enfermeiros para o gerenciamento do cuidado e estratégias para superá-los.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Esta seção apresenta alguns conceitos e eixos de pensamento que dão sustentação teórica à problemática investigada. Para tanto, dividiu-se o texto em quatro partes: na primeira, apresenta-se um panorama histórico e conceitual sobre o processo de trabalho em saúde e enfermagem; na segunda, discute-se o processo de trabalho gerencial do enfermeiro; na terceira, apresentam-se as diretrizes políticas que norteiam o atendimento às urgências e a organização do trabalho nos serviços hospitalares de emergência; e, na quarta, aborda-se o trabalho do enfermeiro nos serviços hospitalares de emergência.

3.1 O processo de trabalho em saúde e enfermagem

No Brasil, as primeiras teorizações sobre o processo de trabalho em saúde surgiram na década de 1970 e estão relacionadas à estruturação do campo de saber e atuação da Saúde Coletiva, que questiona a definição apenas biológica da doença e acena para a influência dos determinantes econômicos, políticos, históricos e culturais nas condições de vida e saúde das populações⁽²³⁾. Assim, a partir da teoria marxista do trabalho, surge uma corrente de pensamento que privilegia as perspectivas históricas e sociais no estudo dos fatores que influenciam e determinam o processo de trabalho em saúde e enfermagem e as características tecnológicas das práticas de trabalho em saúde.

O trabalho “é um processo de que participam o homem e a natureza, processo em que o ser humano com sua própria ação impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza”, apropriando-se dos seus recursos e atribuindo-lhes formas úteis à vida humana. O trabalho humano diferencia-se de formas instintivas de trabalho, uma vez que o homem idealiza conscientemente seu produto antes da sua construção e atua não apenas transformando o objeto sobre o qual opera, mas também imprimindo-lhe o projeto que idealizou. Nesse sentido, por meio do trabalho o homem modifica a natureza e altera sua própria natureza, pois a

vontade é a lei determinante do seu modo operatório, que se manifesta por meio da atenção durante todo o transcurso do trabalho⁽²⁴⁾.

Os elementos constitutivos do processo de trabalho são: a atividade adequada a um fim, isto é, o próprio trabalho; a matéria a que se aplica o trabalho, o objeto de trabalho; e, os meios de trabalho, o instrumental de trabalho. O objeto de trabalho é sobre o que incide a atividade humana. Os meios de trabalho são as coisas ou complexos de coisas, que o trabalhador insere entre si e o objeto de trabalho para dirigir sua atividade sobre esse objeto de acordo com o que ele tem em mira⁽²⁴⁾.

No campo da saúde, o processo de trabalho apresenta algumas especificidades que lhe conferem características distintas de outros processos de trabalho. O consumo do produto do trabalho em saúde ocorre simultaneamente à produção da ação, formando um espaço intercessor de consumo/produto entre o usuário e o profissional, cada qual portador de necessidades, muitas vezes distintas, e também formas diferentes de satisfazê-las⁽²⁵⁾. Desse modo, o trabalho em saúde é essencial para a vida humana e é parte do setor de serviços, caracterizando-o como um trabalho da esfera da produção não-material que se completa no ato da sua realização, pois o seu produto é indissociável do processo que o produz⁽²⁶⁾.

As práticas de saúde caracterizam-se como um trabalho coletivo, realizado por diversos agentes, com atividades interdependentes e complementares. Além disso, elas podem estar articuladas a outras práticas da sociedade, portanto, o produto final das práticas de saúde é fruto das relações entre os diferentes atores sociais na intervenção sobre o processo saúde/doença em determinados contextos históricos e sociais⁽²⁷⁾.

O objeto sobre o qual incide o processo de trabalho dos profissionais de saúde são os indivíduos e/ou grupos de pessoas. A finalidade desse trabalho é a ação terapêutica de saúde, que pode ser voltada tanto à prevenção, promoção, recuperação ou reabilitação da saúde. Os instrumentos de trabalho podem ser materiais ou imateriais, tais como os saberes, que orientam as ações e fundamentam o recorte do objeto de intervenção que orientam as práticas de saúde. O produto final é a própria prestação da assistência de saúde que é produzida coletivamente e consumida no mesmo momento em que a sua produção ocorre^(26,28).

No processo de trabalho em saúde, estabelecem-se relações entre objeto, instrumentos e o produto, diante das necessidades expostas que direcionam a sua finalidade, dirigida pela intencionalidade do trabalho perante um saber operatório, que encaminha os agentes para cumprir certo projeto de vida em sociedade⁽²⁾. Nessa via reflexiva, as práticas de saúde aparecem com a finalidade de resolver necessidades de saúde do usuário ou de um grupo específico, considerando-os como sujeitos atuantes em todo o processo de produção em um determinado momento histórico.

O processo de trabalho em saúde também é considerado como resultado da interação de dois componentes: trabalho vivo e trabalho morto. O trabalho vivo é aquele que está em processo e em ação, pois se situa na dimensão do cotidiano e constitui-se das ações propriamente ditas executadas pelos trabalhadores na relação com os usuários, nas quais os profissionais podem exercer sua autonomia e autogoverno. A noção do autogoverno dos trabalhadores caracteriza-se pela possibilidade da tomada de decisão diante das necessidades que se apresentam nos seus cotidianos laborais, podendo imprimir mudanças partindo da subjetividade dos sujeitos do processo de trabalho, ou seja, da capacidade de decidir de acordo com os valores, as expectativas, as necessidades, as prioridades e as crenças pessoais. O trabalho morto, por sua vez, é resultado de um trabalho humano anterior e abrange a utilização de saberes específicos, como ferramentas ou matérias primas que se vinculam ao saber e ao modo de atuar dos profissionais envolvidos no trabalho⁽²⁵⁾.

Dessa forma, o trabalho em saúde pode ser compreendido como ponto de partida para construção de “dispositivos” de mudanças no interior dos processos de intervenção em saúde, que busquem nas necessidades de saúde do usuário sua razão de ser, considerando que as reformas macro-estruturais e organizacionais não servirão de quase nada se não houver o comprometimento do conjunto dos trabalhadores de saúde, no sentido de modificar o cotidiano do seu modo de operar o trabalho no interior dos serviços de saúde⁽²⁵⁾.

A partir da noção de trabalho vivo e trabalho morto, as tecnologias empregadas no trabalho em saúde foram classificadas em: leves, leve-duras e duras. As tecnologias leves são aquelas que se referem às relações tais como: produção de vínculo, acolhimento, autonomização e gestão como processo de governar pessoas; as leve-duras correspondem aos saberes ou conhecimentos bem

estruturados que atuam no processo de trabalho, como a clínica, a epidemiologia, os saberes específicos da administração, e outros; e, as duras abrangem os equipamentos tecnológicos, como as máquinas e equipamentos, normas e estruturas organizacionais⁽¹⁾.

Outra característica marcante do trabalho em saúde é a fragmentariedade dos atos, ou seja, a subdivisão do trabalho em atividades ou especialidades. Diferentes profissionais executam suas atividades, de acordo com a sua especialidade (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, assistentes sociais, nutricionistas, psicólogos, farmacêuticos, entre outros) e dependendo da área, existem ainda as subdivisões, como, por exemplo, entre os médicos que atendem distintas especialidades e profissionais de enfermagem que dividem os procedimentos a serem executados⁽²⁶⁾. Além disso, há dois momentos distintos e essenciais com base nos quais se organizam as práticas de cuidado em saúde: o trabalho intelectual (concepção) e o trabalho manual (execução)⁽²⁾.

No tocante ao trabalho da enfermagem, é importante destacar que com a transformação do hospital em um local de cura e o desenvolvimento da prática médica em meados do século XVIII, ocorreu a institucionalização da enfermagem como parte do trabalho médico, atuando na recuperação do corpo do indivíduo doente. Nesse processo, ocorre a divisão do trabalho em manual e intelectual, cabendo ao médico o trabalho mais intelectual (diagnóstico e terapêutica), o que garante a sua maior valorização^(29,30).

Entretanto, na segunda metade do século XIX, com a oficialização dos conceitos da chamada Enfermagem Moderna e a inserção dos conhecimentos de administração em enfermagem por meio da “reforma” de Florence Nightingale, pode-se considerar que a gerência assume um papel central no trabalho do enfermeiro. Florence instituiu rigorosa disciplina em seus agentes, assim como o processo de hierarquia, por meio da divisão técnica e social do trabalho da enfermagem. Havia os profissionais que administravam as atividades de enfermagem (*lady nurses*) e os profissionais que executavam os cuidados diretos aos doentes (*nurses*), os quais pertenciam a uma classe social inferior em relação aos primeiros^(31,32).

As principais influências do gerenciamento de enfermagem nesse período foram às concepções administrativas de Taylor e Fayol, os quais defendiam a racionalização do trabalho através da ênfase nas tarefas, na estrutura hierárquica, na produtividade e na tecnologia. O homem, enquanto cidadão crítico, que pensa,

sente, age, questiona e capaz de transformar a sua realidade, era deixado em segundo plano sempre em prol do crescimento das organizações⁽³⁰⁾.

Com base nesses pressupostos, a divisão técnica do trabalho na enfermagem profissional emergente, que tem suas raízes na dicotomia trabalho intelectual e trabalho manual, acentuou-se ao longo da História. Desse modo, o entendimento da Enfermagem como um processo de trabalho é uma construção relativamente recente no Brasil⁽²³⁾.

Um dos estudos pioneiros sobre a Enfermagem enquanto trabalho é a tese de doutoramento da Profa. Maria Cecília Puntel de Almeida intitulada "Estudo do Saber de Enfermagem e sua Dimensão Prática" apresentada em 1984 à Escola Nacional de Saúde Pública. Descartando as linhas de investigação relativas aos enfoques idealistas e normativos da profissão, a pesquisadora adotou o modelo de análise do trabalho e seus elementos constitutivos para apreender a Enfermagem como prática inserida em outras instâncias da estrutura social⁽³³⁾. A partir desse enfoque teórico, originaram-se uma série de outros estudos sobre o trabalho da enfermagem e as dimensões que perfazem o seu exercício no contexto da organização do trabalho em saúde.

Como parcela do processo de trabalho em saúde, a prática da enfermagem pode ser decomposta em quatro subprocessos ou dimensões, são eles: assistir ou cuidar; administrar ou gerenciar, ensinar e pesquisar, os quais não são estanques. Embora alguns agentes se envolvam mais com um ou outro ao longo da vida, todos deles se beneficiam, principalmente se a coexistência entre os quatro processos puder somar efetividade, eficiência e eficácia a todos eles, um se relaciona com o outro e ocorrem, por vezes, simultaneamente. A isso se chama sinergia, o que torna o processo de trabalho em enfermagem, como um todo, muito mais útil à sociedade a quem serve^(5,34).

A seguir, discorre-se, especificamente, sobre o processo de trabalho gerencial do enfermeiro que corresponde também à dimensão gerencial do processo de trabalho do enfermeiro, foco principal do presente estudo.

3.2 O processo de trabalho gerencial do enfermeiro

O processo de trabalho gerencial em enfermagem tem como agente responsável pela sua execução o enfermeiro, único profissional que detém os instrumentos empregados nesse processo, como o planejamento, a tomada de decisão, a supervisão, a auditoria, entre outros. Por meio desses conhecimentos, o enfermeiro atua sobre o objeto do trabalho da gerência, que são os agentes do cuidado e os recursos empregados para a assistência em enfermagem visando prover condições para o cuidado se efetivar com eficiência e eficácia^(5,34).

A atividade gerencial do enfermeiro pauta-se na permanente articulação e integração de quatro dimensões: técnica, política, comunicativa e de desenvolvimento da cidadania. A dimensão técnica da gerência corresponde aos instrumentos e conhecimentos necessários ao alcance dos objetivos de um determinado projeto assistencial, como: planejamento, coordenação, supervisão, controle e avaliação. A dimensão política é aquela que articula o trabalho gerencial ao projeto que se pretende empreender levando-se em conta as questões relacionadas ao usuário e às instituições de saúde. A dimensão comunicativa diz respeito ao caráter de negociação e evidencia a importância das relações de trabalho da equipe de saúde visando à cooperação para chegar a um objetivo comum e de maior proximidade com a comunidade. A dimensão de desenvolvimento da cidadania implica tornar a gerência uma atividade que busca a emancipação dos sujeitos, sejam eles agentes do processo de trabalho ou usuários dos serviços produzidos⁽³⁵⁾.

Apesar da importância da articulação entre essas quatro dimensões, o enfermeiro tem desempenhado o seu exercício gerencial voltado eminentemente para a estrutura organizacional da instituição, calcado em um formalismo excessivo e pelo apego a normas, rotinas e tarefas; assim, não lhe é permitido o desenvolvimento de práticas profissionais de acordo com o cuidar-administrar aprendido ao longo da formação acadêmica, nem a concretização das aspirações idealizadas para a sua atuação como enfermeiro gerente⁽³⁶⁾. Diante desse cenário, a gerência do cuidado ainda se encontra pautada predominantemente nos conhecimentos oriundos das correntes funcionalistas tradicionais de outrora, uma

vez que a prática da enfermagem brasileira organizou-se sob a égide das proposições nightingaleanas⁽³⁰⁾.

Dessa feita, o grande desafio do gerenciamento do cuidado em enfermagem está em oportunizar ambiente e ações que propiciem um cuidado criativo, humano e de co-participação com as pessoas em relação nesse processo. O gerente deve vivenciar a dinâmica do processo de cuidar e conhecer os partícipes desse processo, bem como o ambiente em que ele é realizado⁽³⁷⁾. Além disso, contemporaneamente, em virtude das novas demandas exigidas pelo exercício de cuidar do ser humano, é imperiosa a incorporação de novos conhecimentos e habilidades para o exercício gerencial do enfermeiro, como competência relacional, ética, política e humanista⁽¹¹⁾.

Tal problemática tem sido uma preocupação de vários estudiosos de enfermagem que envidam esforços para a elaboração de construtos para uma nova lógica para as práticas gerenciais do enfermeiro, a partir de várias perspectivas e enfoques teóricos⁽³⁸⁻⁴⁷⁾.

Estudo sobre o trabalho da enfermagem no contexto hospitalar identificou que o enfermeiro tem um papel coordenador nas atividades dos demais trabalhadores da equipe de saúde envolvidos no cuidado do paciente. É ele quem articula, supervisiona e controla ações que são desenvolvidas pelos trabalhadores da saúde, tanto pelo pessoal de enfermagem como pelos profissionais de outras áreas de atuação. Além disso, também é o enfermeiro quem interliga o trabalho da equipe de enfermagem, articulando-o com as demais atividades que compõem o processo de cuidado no hospital⁽³⁸⁾.

Investigação sobre as atividades das enfermeiras na cotidianidade no trabalho hospitalar aponta a necessidade da inclusão de uma “pauta” na Enfermagem que conduza a superação de estilos de ação político-institucionais conservadores e autoritários por outros estilos potencializados pelo compartilhamento, integração e participação dos protagonistas em prol da produção do cuidado humanizado e solidário⁽³⁹⁾. A gerência do cuidado de enfermagem, como um dos papéis do enfermeiro, articula-se ao cuidado de enfermagem, apontando a administração como um caminho para enfermagem⁽⁴⁰⁾.

O enfermeiro gerencia o cuidado quando o planeja, delega-o ou o faz, quando prevê e provê recursos, capacita sua equipe, educa o usuário, interage com outros

profissionais, ou seja, em todas as atividades realizadas para que se concretizem melhorias no cuidado. Diante disso, a utilização de tecnologias leves como instrumentos nos processos gerenciais do enfermeiro pode favorecer a produção de novos modos de organização do trabalho que potencializem a comunicação e interação entre os profissionais de enfermagem e os pacientes/usuários⁽⁴⁾. Por muito tempo, o enfermeiro viu-se na contingência de executar tarefas em consonância com a lógica tecnoburocrática, que conduzia os trabalhadores a uma prática mecânica pautada no cumprimento de rotinas. No entanto, tal modelo, não atende mais os anseios da enfermagem, que busca uma administração mais flexível, para superar o paradigma da administração clássica de receber e executar ordens⁽⁴¹⁾.

Nesse sentido, emerge a necessidade da construção de um novo modelo de gestão e projeto terapêutico ampliado para além da abordagem clínica, no qual o papel gerencial do enfermeiro possa ser relevante, direcionando-se para a construção de uma gestão participativa, com horizontalização das decisões e poderes, valorização do diálogo entre os agentes e trabalho em equipes interdisciplinares, nas quais a responsabilidade e a autonomia de todos os profissionais sejam valorizadas⁽³⁸⁾.

Entretanto, a visão do gerenciamento como atividade burocrática e desinteressante, desvinculada da produção do cuidado ainda está presente na concepção de muitos enfermeiros, que entendem a gerência como um atributo exclusivo do enfermeiro em cargo de chefia⁽⁴²⁾. Além disso, não raro, enfermeiros consideram seu trabalho relacionado estritamente à assistência ao paciente⁽³⁾.

Por esses motivos, muitos profissionais de enfermagem diminuem a importância dos processos gerenciais, pois, comumente, ouve-se e repete-se que a Enfermagem deve se ocupar apenas do cuidar. No entanto, não há cuidado possível se não houver a coordenação do processo de trabalho assistir em enfermagem, uma das finalidades do processo administrar, pois o gerenciamento caracteriza-se como mola propulsora do cuidado^(8,7).

Pesquisa sobre o gerenciamento da equipe de enfermagem constatou a noção de que um gerenciamento mais participativo gera desordem e falta de comprometimento, principalmente quando não há clareza das competências de cada um no grupo de trabalho. Tal pensamento pode parecer coerente tendo em vista que os espaços de atuação gerencial do enfermeiro nem sempre estão bem definidos no contexto das organizações de saúde⁽⁴³⁾.

Em que pese o fato de ser o enfermeiro quem gerencia o cuidado, constituindo-se no elo de comunicação e viabilização das práticas de cuidado em saúde, a liberdade para exercer a atividade administrativa/gerencial é restritiva, pois envolve o contexto da instituição e nem sempre os enfermeiros gerentes participam do planejamento das ações formais da instituição, o que torna os sentimentos de impotência e frustração presentes na fala de muitos profissionais⁽⁴⁴⁻⁴⁶⁾.

A realidade dos serviços hospitalares, por exemplo, mostra uma prática gerencial que carece de organização, planejamento, conhecimentos e competência gerencial para fazer frente às situações que se apresentam no cotidiano laboral, uma vez que as instituições nem sempre fornecem o respaldo e as informações necessárias à atuação do enfermeiro como gerente⁽⁴⁶⁾. Desse modo, a atuação limitada associada ao número reduzido de enfermeiros pode dificultar um posicionamento mais efetivo desses profissionais, como líderes e agentes responsáveis pela promoção da própria equipe e da assistência de enfermagem⁽⁴⁷⁾.

No processo de coordenação do cuidado de saúde, o trabalho da enfermagem é responsável por garantir todos os insumos necessários às intervenções, conduz a circulação do paciente pelas áreas, articula e encaminha todos os procedimentos realizados pelo conjunto dos profissionais e dialoga com a família e acompanhantes. Nessa perspectiva, o enfermeiro destaca-se pela sua atuação como coordenador do cuidado de saúde produzido pela equipe multiprofissional e não apenas no gerenciamento do cuidado de enfermagem⁽⁴⁸⁾.

Entende-se que essa perspectiva está alicerçada na prática dos enfermeiros nos serviços de saúde. Desde sua institucionalização, esses profissionais estão envolvidos não somente com o cuidado do paciente/usuário, mas também com o cuidado do ambiente e isso tem permitido a construção de um saber que pode ser utilizado para intensificar a articulação das ações de enfermagem e de saúde, no sentido de reconhecer os elos e nexos existentes entre as ações e valorizá-los como componentes do trabalho⁽⁸⁾.

O enfermeiro precisa estar convicto do seu papel gerencial, e, principalmente, das incertezas e incongruências presentes no seu exercício profissional “a fim de superar a dicotomia existente entre a assistência e a administração, desenvolvendo sua práxis com coerência e visão crítica da realidade, diante de diferentes contextos, para poder valorizar a multidimensionalidade do ser humano”⁽³⁶⁾.

Portanto, o trabalho gerencial do enfermeiro está inserido dentro da conjuntura do processo de trabalho em saúde e enfermagem e encontra-se em permanente transformação, uma vez que o contexto histórico e social influencia os modos como as práticas em saúde são realizadas. Nesse sentido, diante da complexa dinâmica e dos paradoxos que permeiam o cotidiano dos serviços de saúde, um maior conhecimento acerca da dimensão gerencial do trabalho do enfermeiro, especialmente dos aspectos subjetivos e relacionais inerentes ao gerenciamento, pode colaborar para o entendimento da gerência como uma dimensão que se articula diretamente à assistência e potencializa as intervenções do enfermeiro e a produção do cuidado em saúde e enfermagem.

3.3 O atendimento às urgências nos serviços hospitalares de emergência

A Constituição Federal promulgada em 1988, no Brasil, estabelece que a saúde é um dever do Estado e um direito da população. A partir disso, apregoa-se que as ações e os serviços de saúde devem ser promovidos por um Sistema Único de Saúde (SUS), organizado em torno dos princípios da universalidade, integralidade e equidade, e articulado por mecanismos de referência e contra-referência, visando uma assistência resolutiva aos usuários em todos os seus níveis de complexidade a partir da superação do modelo hospitalocêntrico e curativista⁽⁴⁹⁾.

Com base nesses pressupostos, no âmbito da atenção às urgências e emergências, o Ministério da Saúde (MS) vem, desde 1999, estabelecendo princípios e diretrizes norteadoras próprias. Em 2002, foi instituído o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, ordenando o acesso ao atendimento às urgências com garantia de acolhimento, primeira atenção qualificada e resolutiva para os casos de baixa e média complexidade, estabilização quando necessário, e referência adequada dos pacientes graves dentro do SUS, por meio de acionamento e intervenção das centrais de Regulação Médica⁽⁵⁰⁾.

Em 2003, foi publicada a Política Nacional de Atenção às Urgências e Emergências, a qual propõe que a atenção às urgências flua em todos os níveis do SUS, organizando a assistência desde as unidades de saúde até os cuidados pós-hospitalares na convalescença, recuperação e reabilitação. Os pressupostos

principais dessa política estão alicerçados em cinco pilares: humanização, organização das redes assistenciais, estratégias promocionais, regionalização médica de urgências, qualificação e educação permanente, em consonância com os preceitos do SUS⁽⁵⁰⁾.

Dessa forma, foram estabelecidos os princípios e diretrizes dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, as normas e critérios de funcionamento, a classificação e os critérios para a habilitação de serviços que devem participar dos Planos Estaduais de Atendimento às Urgências e Emergências, a saber: Regulação Médica de Urgência e Emergência, Atendimento Pré-Hospitalar Fixo, Atendimento Pré-Hospitalar Móvel, Atendimento Hospitalar, Transporte Inter-Hospitalar e, ainda, a criação de Núcleos de Educação em Urgência, com a proposição de grades curriculares para capacitação de recursos humanos da área⁽⁵⁰⁾.

Outra estratégia lançada pelo MS em 2004, por meio da Política Nacional de Humanização foi o Acolhimento com Classificação de Risco no Sistema de Urgência. A avaliação com classificação de risco baseia-se em um processo dinâmico que visa identificar os usuários que necessitam de tratamento imediato de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento, proporcionando atenção centrada na complexidade da demanda e não na ordem de chegada. Para tanto, preconiza a agilidade no atendimento com base em uma análise, sob a ótica de protocolos pré-estabelecidos e do grau da necessidade de acesso ao serviço de saúde do usuário⁽⁵¹⁾.

A terminologia Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco foi proposta em substituição ao termo triagem, empregado, no Brasil, historicamente, com o objetivo de classificar as necessidades de cuidado dos usuários visando à exclusão, ou seja, decidir quem será ou não atendido. Essa nova nomenclatura remete à idéia de estratificação dos pacientes entre aqueles que necessitam ser atendidos primeiro, aqueles que podem aguardar, e até mesmo os que podem ser encaminhado a outros serviços, sendo necessário realizar efetivamente o encaminhamento, de modo a garantir o atendimento do usuário⁽⁵²⁾.

Apesar dos avanços do sistema de saúde brasileiro de atenção às urgências nos últimos anos em relação à definição de conceitos, organização do sistema em rede e incorporação de novas tecnologias para o atendimento, a atenção às urgências continua ocorrendo, predominantemente, nas unidades hospitalares e de Pronto Atendimento (PA) que funcionam durante as 24 horas do dia. Esses serviços

respondem por situações que vão desde àquelas de sua estrita responsabilidade, bem como um volume considerável de ocorrências que poderiam ser atendidas em estruturas de menor complexidade.

As unidades hospitalares estão abarrotadas de pacientes que lhes chegam por meios próprios, pelo atendimento pré-hospitalar móvel^(16,18,53), assim como, pelos encaminhamentos ambulatoriais do próprio hospital^(54,55). O número expressivo de atendimentos realizados pela equipe de saúde resulta na permanente superlotação, especialmente de pacientes com necessidades não urgentes^(18,56). Essas situações observadas na maioria das unidades públicas de urgência do País têm interferido consideravelmente no processo de trabalho desses serviços e na resolubilidade do cuidado prestado à população.

Estudo realizado na Emergência de Adultos de um hospital geral de Pernambuco mostrou que 74,5% dos atendimentos realizados eram por queixas típicas da atenção primária de saúde, não se caracterizando, portanto, como urgência. Essa grande procura prejudica o atendimento dos casos graves e agudos, pois o excesso de demanda acarreta acúmulo de tarefas e conseqüente sobrecarga para a equipe, contribuindo ainda, para o aumento dos custos hospitalares⁽⁵⁷⁾.

De forma semelhante, pesquisa sobre o perfil da “falsa demanda” atendida pela Unidade de Pronto Atendimento do Hospital Universitário Regional de Maringá, Paraná, constatou que existe uma distorção no fluxo de pacientes na rede de serviços da atenção básica com sobrecarga de atendimentos no serviço de urgência: 43,4% dos atendimentos na faixa etária de 0 a 12 anos; 42,6% dos atendimentos decorrentes de patologias respiratórias, 25,0% de infecciosas e 8,0% de patologias do sistema osteomuscular, totalizando 75,7% dos casos; os exames complementares não foram solicitados para 9,6% dos casos; e, 81,4% foram encaminhados para suas residências⁽⁵⁸⁾.

Por outro lado, os serviços de pronto atendimento também costumam receber situações extremamente graves, extrapolando a sua capacidade resolutive. Somado a isso, esbarram nas dificuldades para referenciar seus pacientes para hospitalização, fazendo com que as suas salas de observação se transformem em verdadeiras áreas de internação, sem, no entanto, possuírem as devidas condições para tratamento de caráter continuado.

Além disso, a estruturação dos serviços de emergência não têm ocorrido na mesma velocidade das mudanças sociodemográficas da população brasileira, que

vem se modificando ao longo das últimas décadas. Tradicionalmente, organizados num enfoque voltado para situações limite como a “medicina de guerra” e para agravos por causas externas, especialmente os acidentes de trânsito e a violência urbana, exigem respostas que contemplem a mudança do perfil da população. A maior expectativa de vida, somada ao aumento da morbimortalidade por doenças coronarianas e cérebro-vasculares, que acometem não somente idosos mas atingem também adultos jovens, provoca a necessidade de novos modelos de atenção para esses agravos, que possuem grandes possibilidades terapêuticas, se atendidos precoce e adequadamente⁽⁵⁹⁾.

A superlotação, escassez de recursos, sobrecarga dos profissionais e dificuldades de acesso pelos usuários são fenômenos conhecidos por profissionais, gestores, usuários e população em geral, que traz como consequência a flexibilização nos padrões do cuidado e da ética do pessoal da saúde no trabalho em urgência e emergência⁽⁶⁰⁾. A complexidade das relações que se estabelecem nos serviços de emergência gera conflitos, dilemas e sofrimento aos trabalhadores, pois o atendimento emergencial também pode ser comprometido pelas questões institucionais internas e externas que transcendem os atos, atitudes e desejos dos trabalhadores da saúde que buscam atender aos usuários, visando à beneficência, ainda que danos possam advir de um atendimento realizado em condições desfavoráveis⁽⁶¹⁾.

Apesar de todas essas dificuldades, a população procura os serviços de urgência como principal alternativa de acesso, pois entende que esses reúnem um somatório de recursos, quais sejam consultas, remédios, procedimentos de enfermagem, exames laboratoriais e internações que os torna mais resolutivos⁽⁶²⁾. Assim, o hospital continua sendo o local para onde confluem problemas não resolvidos e não diagnosticados em outros níveis de atenção, que poderiam ser evitados se houvesse uma rede integrada e articulada, com atendimento humanizado e resolutivo em cada estrutura específica⁽⁶³⁾.

As unidades básicas de saúde e de saúde da família, projetadas para atender situações agudas de menor complexidade, não conseguem atender sua clientela, encaminhando os pacientes em situações que fogem da sua capacidade tecnológica. Os PA que poderiam acolher boa parte das situações, operando como entreposto de estabilização, nem sempre possuem condições de materiais,

equipamentos e profissionais para responder às demandas, de forma a conferir resolubilidade⁽⁵⁸⁾.

As percepções de profissionais e população são distintas, sendo os conceitos de doença e saúde diferentes em suas definições biomédicas e nas representações e práticas que variam segundo segmentos e culturas da sociedade⁽⁵³⁾. Para os profissionais, as urgências estão relacionadas às patologias que comprometem a vida ou função vital importante. Para a população, relacionam-se a necessidades variadas (aflição, angústia, abandono e a miséria), que requerem ajuda e assistência, com solução imediata a uma dificuldade passageira⁽⁶⁴⁾.

Mesmo entre os profissionais de saúde existe divergência sobre o perfil da urgência. A organização dos processos de trabalho, nas diferentes Unidades de Saúde, seja no hospital ou na atenção básica faz com que os profissionais priorizem os problemas a serem trabalhados, segundo um conjunto de conhecimentos que determinam uma dada organização dos saberes e dos serviços. Dessa forma, para as unidades hospitalares, as queixas que deixam de ser urgentes, ditas eletivas, são caracterizadas como do perfil das unidades básicas ou especializadas ambulatoriais, sendo então, os pacientes para lá encaminhados. Por sua vez, nas unidades básicas ou especializadas, as queixas agudas podem não ser reconhecidas como uma prioridade, porque o atendimento a tais demandas é entendido como sendo responsabilidade dos serviços de urgência hospitalares⁽⁶²⁾.

Pesquisa realizada no serviço de emergência de adultos de um hospital universitário no interior do Rio Grande do Sul constatou o desencontro entre as necessidades que levam os usuários a procurarem atendimento e a finalidade do trabalho destacada pelos profissionais da equipe de saúde. Foi identificada grande procura de atendimento por usuários cujas necessidades não foram classificadas como urgência, o que desqualificou e prejudicou o atendimento aos casos graves. Diante disso, os profissionais reconheceram a dificuldade do usuário em sua trajetória terapêutica, mas expressaram insatisfação com a sobrecarga de trabalho causada pelo volume de atendimentos⁽⁶⁵⁾.

Na tentativa de acomodar os pacientes e garantir certo respaldo jurídico, os hospitais públicos extrapolam o número de atendimentos para além da demanda que lhes é cabida considerando seus limites geográficos de abrangência e sua finalidade no sistema de saúde. É comum emergências tornarem-se não só porta de entrada para o sistema hospitalar, mas um "depositório", configurando uma idéia

simbólica de "campo de concentração" para a equipe multidisciplinar, que mesmo desenvolvendo, por vezes, práticas autoritárias e controladoras, sofre e sente-se insegura no desenvolvimento do seu trabalho, recorrendo a subterfúgios para executá-lo⁽⁵⁵⁾.

A superlotação e o acesso indiscriminado à unidade de urgência foram apontados como fatores de sofrimento no trabalho de uma equipe de profissionais da emergência de um hospital universitário no Sul do Brasil. De acordo com os pesquisadores, os profissionais sentem-se impotentes e desgastados diante da sobrecarga de trabalho superior a sua capacidade de resposta, em virtude da escassez de pessoal e limitação do espaço físico para o atendimento⁽⁶⁶⁾.

A insatisfação com o trabalho relacionada ao volume de atendimentos e percepção da diminuição da qualidade do cuidado prestado foi uma das queixas manifestadas por médicos pediatras de um ambulatório de urgências de um hospital público de pediatria de Minas Gerais. Eles ressentem-se de assistir crianças que deveriam estar sendo atendidas no cuidado primário, expressando uma preocupação com as mais graves que também chegam necessitando de cuidados que não estão disponíveis em outros níveis do sistema⁽⁶⁷⁾.

Portanto, apesar das mudanças estruturais no modelo de organização do sistema de saúde brasileiro e da formulação de políticas específicas na área de urgências, ainda há muitas fragilidades operacionais em relação ao conceito de que a todos os pacientes será garantido o acolhimento nos serviços, de acordo com a complexidade tecnológica, que deverá estar organizada de forma regionalizada, hierarquizada e regulada. Nesse sentido, tanto os serviços, quanto os profissionais e usuários sofrem, respectivamente, pela sobrecarga de trabalho e por não terem, muitas vezes, suas necessidades de saúde atendidas.

3.4 O trabalho do enfermeiro nos serviços hospitalares de emergência

O aprimoramento da atuação da enfermagem nos serviços hospitalares de emergência, no Brasil, ocorre no bojo do desenvolvimento das práticas de saúde e enfermagem no âmbito hospitalar, especialmente a partir da década de 1940. Nesse sentido, é importante ressaltar que, oficialmente, foi em 1923, com a criação da

Escola de Enfermagem Anna Nery que é organizado um corpo mínimo de conhecimentos necessários às práticas dos enfermeiros, sistematizando a formação desses profissionais⁽⁶⁸⁾.

Nesse período, atuavam nos serviços de emergências enfermeiros gerais, em número um pouco maior que o habitualmente necessário para as unidades de internação, de modo a suprir a demanda por atendimento no período diurno e noturno. Na verdade, o ideal mesmo era que a equipe de enfermagem fosse elástica, variando de acordo com o número de casos, pois não havia grande preocupação com sua capacitação profissional específica para atuar em emergência, pois as atividades da enfermagem restringiam-se ao preparo do ambiente para as admissões dos clientes, prestando-lhes os cuidados iniciais e cumprimento das determinações médicas⁽⁶⁸⁾.

Com a consolidação da Enfermagem como profissão e sofisticação dos seus saberes e práticas, os enfermeiros passaram a buscar maior autonomia por meio da legitimação e ampliação dos seus espaços de atuação. No âmbito da atenção às urgências não foi diferente, pois as práticas dos enfermeiros brasileiros em emergência se revestiram de maior complexidade técnica e científica e passou a ser dada maior ênfase na capacitação dos profissionais que atuam no atendimento de emergência a partir da década de 1980⁽⁶⁹⁾.

Nesse sentido, as principais atividades do enfermeiro em emergência descritas pela literatura são: realização do cuidado ao paciente juntamente com o médico; preparação e administração de medicamentos; viabilização a execução de exames especiais procedendo à coleta; instalação de sondas nasogástricas, nasoenterais e vesicais em pacientes; realização de troca de traqueostomia e punção venosa com cateter; realização de curativos de maior complexidade; preparação de instrumentos para intubação, aspiração, monitoramento cardíaco e desfibrilação, auxiliando a equipe médica na execução dos procedimentos diversos; e, execução do processo de enfermagem⁽⁶⁹⁾.

Entre as atividades administrativas efetuadas pelo enfermeiro, destacam-se: liderança da equipe de enfermagem no atendimento dos pacientes críticos e não críticos; coordenação das atividades do pessoal de recepção, limpeza e portaria; solução de problemas decorrentes do atendimento médico-ambulatorial; alocação de pessoal e recursos materiais necessários; realização da escala diária e mensal da

equipe de enfermagem; controle do estoque de material; e, verificação da necessidade de manutenção dos equipamentos do setor⁽⁶⁹⁾.

Quanto às atividades de ensino exercidas pelo enfermeiro, ressalta-se que esse profissional na sua prática cotidiana orienta a equipe de enfermagem na realização das suas atividades e promove treinamento em serviço sobre os novos procedimentos e parâmetros que devem nortear a assistência⁽⁶⁹⁾.

Analisando o conjunto das atividades desenvolvidas pelos enfermeiros nos serviços de emergência, pode-se afirmar que apesar desses profissionais envolverem-se na prestação de cuidados diretos ao paciente, predominam as atividades administrativas em detrimento das atividades assistências e de ensino. Tal constatação vai ao encontro da literatura, em que são recorrentes relatos quanto à predominância das atividades gerenciais do enfermeiro no âmbito hospitalar.

Estudo sobre o processo de trabalho da equipe de saúde de um serviço hospitalar de emergência evidenciou o envolvimento do enfermeiro na administração da assistência e do espaço assistencial e na integração e articulação entre as atividades da equipe de enfermagem e dos demais profissionais de saúde⁽¹⁸⁾. Durante o plantão, o enfermeiro passa grande parte do tempo atendendo chamadas telefônicas, preenchendo requisições e efetuando escalas, orientando sobre as rotinas a serem seguidas em determinadas situações e a localização de equipamentos e materiais, desempenhando, portanto, um papel de gerente e administrador do local de trabalho⁽⁷⁰⁾.

Pesquisa desenvolvida em uma Unidade de Atendimento Pediátrico com o objetivo caracterizar a atuação do enfermeiro na assistência à criança em situação de emergência destacou que a atuação mediadora desse profissional contribui para manter a organização e o funcionamento da sala de emergência. O controle de materiais e aparelhos, a realização de protocolos de atendimento e capacitação da equipe de enfermagem contribuem para garantir uma assistência rápida e eficaz para diminuir o risco de seqüelas e incapacidades da criança em situação de emergência⁽¹⁹⁾.

Cabe ao enfermeiro de emergência, entre outras atividades, realizar o planejamento das ações, de modo a aperfeiçoar o seu tempo disponível, coordenar a equipe, no sentido de se apropriar das tecnologias disponíveis e garantir um cuidado integral aos pacientes. Desse modo, a administração do processo de trabalho, associado ao conhecimento científico e ao compromisso profissional do

enfermeiro, configura-se como ferramenta essencial para melhorar o cuidado prestado, contribuindo para superação do modelo biologicista e centrado em procedimento que rege o processo de trabalho em emergência⁽¹⁷⁾.

Entretanto, pesquisa sobre o modo de fazer do enfermeiro no atendimento do doente traumatizado grave evidenciou que a falta de planejamento formal da assistência de enfermagem, pois a organização de como serão desenvolvidas as atividades acontece, geralmente, após o recebimento do plantão à medida que as demandas de trabalho vão surgindo. No entendimento desses, o objeto de trabalho de enfermagem é somente o doente, os materiais utilizados para execução de técnicas constituem os instrumentos do processo de trabalho em enfermagem e a finalidade do trabalho é satisfazer as necessidades apresentadas pelo paciente⁽⁵⁶⁾.

Nos serviços hospitalares de emergência, muitas vezes, os enfermeiros não podem prestar um atendimento imediato ou tomar alguma outra atitude por falta do profissional médico, como, por exemplo, nos casos em que um paciente não recebe alimentação ou não pode continuar a administração de antibioticoterapia por falta de prescrição médica⁽²²⁾. Além disso, muitos enfermeiros sentem-se impedidos e incapazes de mudar estruturas tão solidificadas, o que resulta na desvalorização do trabalho coletivo da enfermagem, de tal modo que sua atuação se limita ao cumprimento de normas e rotinas, relegando a segundo plano o gerenciamento para alcançar os objetivos da assistência de enfermagem⁽⁷¹⁾.

Salienta-se, portanto, que a Enfermagem ainda está bastante submissa e assume uma postura de subalternidade a outros profissionais de saúde, decorrente dos modelos biomédicos e burocráticos da administração. Muitos enfermeiros restringem-se à execução da mesma rotina de algumas décadas atrás, permanecendo imersos em meio a práticas que são transmitidas de geração em geração sem mudanças significativas⁽⁷²⁾.

O acúmulo de atividades por parte do enfermeiro de emergência, que, muitas vezes, é cobrado pela própria instituição, no desempenho de atividades assistenciais, burocráticas e gerenciais pode impedi-lo de vislumbrar novos horizontes na profissão. Assim, ele acredita que não tem nada a fazer e apreende a trabalhar com as dificuldades, resolvendo o que está ao seu alcance ao invés de perceber que o seu espaço pode ir além daquele que o circunda⁽⁷¹⁾.

Seguindo essa linha de pensamento, é importante lembrar que Florence Nightingale deu início à versão da Enfermagem atual socorrendo feridos de combate

em meio ao caos de uma guerra, o que não a impediu de estabelecer melhorias consideráveis na organização da assistência de enfermagem e da prática médica prestada aos pacientes⁽⁷³⁾. Acredita-se que mesmo a rotina das unidades hospitalares de atendimento às urgências estando cercada de incertezas, instabilidade, imediatismo e variabilidade é possível uma atuação mais proativa e empreendedora dos enfermeiros.

No contexto internacional, a contratação de enfermeiros e ampliação da atuação desses profissionais tem sido utilizada como uma estratégia para diminuir a superlotação das unidades de atendimento às urgências e emergências, melhorar o atendimento e ampliar o acesso dos usuários a esses serviços⁽⁷⁴⁻⁷⁶⁾. Na verdade, esse fenômeno está circunscrito a uma discussão maior que tem sido levantada, principalmente nos EUA e no Reino Unido, e diz respeito às práticas avançadas de enfermagem. Importante salientar que o trabalho da enfermagem nesses países apresenta uma configuração diferente em muitos aspectos em relação à atuação do enfermeiro no Brasil, pois contempla, por exemplo, a realização de diagnóstico de doenças e prescrição de exames e terapêutica medicamentosa.

As práticas avançadas sempre existiram na Enfermagem, no entanto, o conceito foi desenvolvido formalmente na década de 1990 quando enfermeiros passaram a realizar tarefas antes desempenhadas por médicos na assistência em situações críticas de vida⁽⁷⁷⁾. Essas mudanças ocorreram em virtude do aumento das necessidades e demandas de cuidados em saúde, e também das preocupações orçamentárias com relação à assistência em saúde, constituindo-se, portanto, mais em uma prorrogação dos papéis da enfermagem do que propriamente um avanço da prática existente⁽⁷⁸⁾.

No início dos anos 2000, intensificaram-se as discussões quanto ao conceito de práticas avançadas de enfermagem e quem são profissionais que as desempenham, decorrentes das múltiplas definições existentes e normas pouco claras. O termo práticas avançadas geralmente refere-se à competência em cinco áreas distintas, clínica, pesquisa, ensino, consultoria e liderança, e requer do profissional que ele já tenha concluído especialização em uma área prática e formação acadêmica em nível de Mestrado ou superior. Dessa forma, surgiram diversas nomenclaturas para classificar os profissionais de enfermagem, o que tem gerado algumas confusões tanto dentro como fora da profissão quanto ao modo como esses enfermeiros diferenciam-se entre si⁽⁷⁸⁾.

Em países como os EUA, os enfermeiros de cuidados de emergência (*Nurse Practitioner*), por exemplo, são profissionais especialistas que participam de um programa educacional em práticas avançadas de enfermagem, os quais são, geralmente, oferecidos em nível de Mestrado. Esses programas prepararam os enfermeiros para realizar exames físicos avançados, determinar diagnósticos e gerenciar as condições dos pacientes buscando integrar as ações da enfermagem e medicina⁽⁷⁵⁾.

O trabalho desses profissionais é regulamentado, nos EUA, pela Emergency Nurses Association (ENA) que estabelece que o enfermeiro, entre outras atividades, deve atuar diretamente na realização de cuidados, supervisão da atuação de outros enfermeiros e prestadores de cuidados de saúde, na triagem e avaliação das necessidades de saúde dos usuários que procuram pelo atendimento, solicitação e interpretação exames diagnósticos e avaliação das condições clínicas dos pacientes⁽⁷⁹⁾.

Revisão sistemática sobre as repercussões da atuação de enfermeiros habilitados a desenvolverem práticas avançadas de enfermagem nos serviços de emergência. Mediante consulta ao MEDLINE e Cinahl, os pesquisadores constituíram uma amostra de 59 artigos originais, nos quais evidenciaram indícios sugestivos de que as ações desses profissionais diminuem o tempo de espera dos pacientes pelo atendimento, mantêm ou aumenta a satisfação dos pacientes com a assistência sem prejuízo na sua qualidade em comparação com médicos residentes⁽⁷⁶⁾.

Esses resultados têm estimulado a discussão e implantação de programas com enfermeiros de práticas avançadas em emergência, semelhante ao modelo norte-americano, em outros países, como é o caso da Austrália. O governo australiano tem investido fortemente na capacitação de enfermeiros em emergência visando à inserção desses profissionais nas equipes multidisciplinares de saúde, no intuito de proporcionar maiores benefícios tanto à comunidade como para a profissão⁽⁷⁴⁾.

Pelo exposto, constata-se que a atuação do enfermeiro na atenção às urgências e emergências é uma questão que tem sido discutida tanto no panorama nacional como internacional. A partir da análise da realidade de outros países, pode-se questionar se a ampliação das margens de atuação e autonomia profissional do enfermeiro no atendimento às urgências nos serviços hospitalares de emergência

brasileiros não poderia ser uma estratégia para diminuir a superlotação que caracteriza esses serviços e qualificar a atenção prestada aos usuários. Portanto, considerando as características do processo de trabalho do enfermeiro no Brasil, acredita-se que é necessário o aprimoramento dos instrumentos e conhecimentos que norteiam a prática assistencial e gerencial do enfermeiro em emergência.

4 ASPECTOS METODOLÓGICOS

Pesquisar significa a construção de um conhecimento original que perpassa a observância de um conjunto de passos a serem seguidos na busca por respostas consistentes a uma problemática investigada⁽⁸⁰⁾. Desse modo, este capítulo apresenta a trajetória metodológica trilhada na busca pela compreensão da dimensão gerencial do trabalho do enfermeiro em um serviço hospitalar de emergência.

4.1 Desenho da pesquisa

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa do tipo estudo de caso.

Nas pesquisas qualitativas “a preocupação do pesquisador não é com a representatividade numérica do grupo pesquisado, mas com o aprofundamento da compreensão de um grupo social, de uma organização, de uma instituição, de uma trajetória”⁽⁸⁰⁾. Além disso, o método qualitativo busca a percepção dos fenômenos e seus significados para a vida das pessoas, as quais estão em constante processo interativo no interior de grupos sociais dinâmicos⁽⁸¹⁾.

Entre os tipos de estudo qualitativos, o estudo de caso é uma estratégia de pesquisa que investiga os fenômenos inseridos no seu contexto real, os quais são analisados profunda e intensamente, tratando-se de uma investigação em que o pesquisador não tem controle sobre eventos e variáveis, uma vez que os limites entre o fenômeno e o contexto não podem ser claramente definidos. Nesse sentido, a potencialidade do estudo de caso está na possibilidade de apreender, criativamente, a totalidade da situação, descrevendo, compreendendo e interpretando a complexidade de um caso concreto^(82,83).

Para análise em profundidade do objeto de pesquisa, o caso é definido por meio de suas circunstâncias e abrangência da unidade, que pode ser um sujeito ou grupo de sujeitos imersos em um determinado contexto. Entretanto, a complexidade do estudo de caso também está relacionada ao aporte teórico que norteia o trabalho do investigador⁽⁸⁴⁾. Assim, é importante ressaltar que um estudo de caso não visa à

generalização dos seus resultados; e sim, à compreensão em profundidade de como um dado fenômeno está ocorrendo em um contexto específico⁽⁸⁵⁾.

4.2 Contexto do estudo

O estudo foi desenvolvido no Serviço de Emergência de um Hospital Universitário localizado na capital de um estado da região sul do Brasil. Trata-se de uma empresa pública de direito privado que é referência na assistência de alta complexidade à saúde, na formação de recursos humanos e no desenvolvimento de pesquisas.

O Hospital possui 750 leitos, realiza anualmente cerca de 552 mil consultas, 29 mil internações, 41 mil procedimentos cirúrgicos, 245 mil procedimentos em consultórios, 2,5 milhões de exames, 4 mil partos, 340 transplantes e atendimento a 7,6 mil pessoas em grupos de apoio, configurando-se um dos principais responsáveis pelo atendimento aos pacientes do Sistema Único de Saúde em nível estadual.

Para realização das suas atividades assistenciais, de ensino e pesquisa, o Hospital conta com um quadro profissional composto por 290 professores universitários das mais diversas áreas da saúde, 4,3 mil funcionários (todos concursados e regidos pela CLT) e 340 médicos participantes de 44 programas de residência médica.

O Serviço de Emergência foi criado em 1989 e caracteriza-se pelo atendimento a pacientes durante as 24 horas, nas especialidades clínica, cirurgia, ginecologia (até 20 semanas de gestação) e pediatria, oriundos do município sede e região metropolitana e de outros municípios do estado.

O Serviço conta com o sistema de Acolhimento com Classificação de Risco, implantado em 2005 visando atender as políticas de humanização do Ministério da Saúde. A finalidade desse sistema é dar respostas resolutivas aos problemas de saúde dos indivíduos e prestar atendimento àqueles que realmente têm emergência na assistência, ou seja, possuem risco iminente à vida. Em 2009, foram triados 60.027 pacientes (2.602 risco imediato; 6.150 alto risco; 33.485 risco intermediário; 15.034 baixo risco; e, 2.756 não classificados/sem classificação), dos quais 46.618

foram encaminhados para consulta no próprio Serviço. A média de permanência e a taxa de ocupação global, considerando as internações com mais de 24 horas, foram, respectivamente, 2,02 dias e 104% (20% emergência pediátrica e 128% emergência adultos).

Desde outubro de 2008, quando houve a última reforma na estrutura física, o Serviço de Emergência dispõe de cinco áreas de atendimento: Acolhimento com Classificação de Risco, Sala de Internação Breve (SIB), Sala de Observação (SO) 1 e 2, Unidade Vascular (UV) e Semi-intensiva (SI) e Unidade Pediátrica (UP), as quais perfazem uma capacidade instalada para o atendimento de 78 pacientes, entre leitos, macas e cadeiras.

A equipe profissional que atua no Serviço de Emergência é constituída por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem, assistentes sociais, auxiliares administrativos e bolsistas que trabalham por turnos, mediante uma distribuição previamente efetuada. Quanto ao pessoal de enfermagem, no momento da pesquisa o Serviço contava com dois professores da Escola de Enfermagem da Universidade a qual o Hospital é vinculado academicamente, que são responsáveis pela gerência de Serviço de Enfermagem em Emergência, sendo que um deles ocupa o cargo de chefia e outro, de assistente. Subordinada a eles, há a chefia de unidade que é exercida por um enfermeiro que é responsável apenas por atividades gerenciais e cumpre uma jornada de trabalho diferenciada: das 9h às 17h, de segunda a sexta-feira. Completam a equipe de enfermagem 32 enfermeiros e 101 técnicos de enfermagem, os quais são escalonados nos turnos de trabalho Manhã, Tarde, Noite, Intermediário e Sexto Turno.

Cabe esclarecer que na instituição em que o estudo foi desenvolvido, o Intermediário é um turno de 6 horas diárias, predominantemente das 17h às 01h15min, com 15 minutos de intervalo durante a jornada de trabalho e um descanso semanal, exclusivo de setores com grande demanda por atendimento e/ou internações nesse horário. O Sexto Turno é específico para categoria profissional dos enfermeiros e abrange cobertura de sábados, domingos e feriados em plantões de 12 horas, das 7h às 19h30min, com 30 minutos de intervalo durante a jornada de trabalho⁽⁸⁶⁾.

As principais atribuições das chefias de serviço e unidade são o controle e a supervisão dos funcionários em relação às escalas de trabalho e de férias,

verificação de faltas e substituição de trabalhadores e elaboração ou atualização de normas e rotinas relacionadas à organização e estruturação da unidade para o atendimento às urgências. Aos enfermeiros assistenciais cabe a implementação dessas rotinas e o exercício da dimensão gerencial inerente ao seu processo de trabalho, além do apoio às chefias na resolução dos problemas do Serviço.

4.3 Procedimentos para coleta de dados e participantes da pesquisa

Alguns princípios são importantes para a coleta de dados na realização de estudos de caso: ter várias fontes de evidências que possam convergir em relação ao mesmo fato, ter um banco de dados (reunião formal de evidências distintas) e manter um encadeamento de evidências com ligações explícitas entre os dados⁽⁸²⁾.

A utilização de várias fontes de evidências por meio de técnicas distintas para coleta de dados é importante para a garantia de confiabilidade do estudo de caso. Esse processo é chamado de triangulação de dados que tem como objetivo construir um encadeamento de evidências, a fim de aumentar a acurácia das informações e interpretações^(82,83).

A triangulação é amplamente utilizada na pesquisa qualitativa como estratégia para validar seus estudos, utilizando dois ou mais métodos para, simultânea e sequencialmente, examinar o mesmo fenômeno⁽⁸⁷⁾. Fez-se o uso da triangulação, uma vez que o estudo de caso refere-se a uma situação única na qual há muitas variáveis de interesse⁽⁸²⁾. Desse modo, o uso de várias fontes de coleta de dados nos estudos de caso permite que o pesquisador se dedique a uma ampla diversidade de questões históricas, comportamentais e de atitudes, podendo desenvolver linhas convergentes de investigação, alcançando maior amplitude na descrição, explicação e compreensão do foco em estudo⁽⁸⁴⁾.

Dessa forma, utilizou-se a triangulação de dados, a partir das técnicas de observação participante e entrevista semi-estruturada.

A coleta de dados ocorreu entre 16 de junho e 30 de setembro de 2009 e foi realizada exclusivamente pelo pesquisador mestrando. Ela teve início com a observação participante, com o intuito de desenvolver um entendimento de como se configura o processo gerencial dos enfermeiros no serviço de emergência e

estabelecer vínculos com os participantes da pesquisa a fim de facilitar a coleta de informações por meio de entrevistas. A primeira entrevista foi realizada em 18 de julho de 2009.

Para entrada no campo, primeiramente, apresentou-se a proposta de pesquisa às chefias de enfermagem, obtendo-se consentimento quanto à realização do estudo no serviço de emergência. Os primeiros períodos de observação foram realizados no período diurno e adotou-se como estratégia solicitar que uma das chefias de enfermagem apresentasse o pesquisador mestrando a um dos enfermeiros que estavam de plantão, o qual era informado sobre os objetivos do projeto, as técnicas empregadas para coleta de dados e convidado a participar da pesquisa. Após esses contatos, solicitava-se aos enfermeiros que apresentassem o pesquisador aos seus colegas do plantão e do outro turno no momento da troca de plantão. Assim, os enfermeiros foram sendo contatados e os períodos de observação realizados.

Importante mencionar, da mesma forma que já o fizeram outros autores^(16,18,38,53), que o início da coleta de dados por meio de observação participante foi marcado pelo desconforto recíproco entre pesquisador e participantes do estudo e pela resistência perceptível de alguns profissionais que atuavam no serviço de emergência, os quais foram atenuados com o tempo e o desenrolar da coleta de dados.

Ao longo da coleta de dados, atentou-se para não interromper atividades importantes que os sujeitos estivessem executando ou precisassem realizar. Para realização das entrevistas, procurou-se, conforme disponibilidade dos enfermeiros, agendar um horário fora do turno de trabalho. Entretanto, somente dois enfermeiros se dispuseram a tal. As demais entrevistas foram realizadas em momentos de maior tranquilidade indicados pelos participantes da pesquisa, sendo mais freqüentes os horários entre às 8h e 9h, 14h às 15h, após às 20h, sábados/domingos durante o turno da manhã e durante o horário de visitas (16h às 16h30min e 20h às 20h30min).

Para finalizar a coleta de dados, foi utilizado o critério da saturação dos dados, ou seja, quando as informações obtidas por meio das entrevistas e observações começaram a se repetir e novos dados não foram identificados, possibilitando a identificação de convergências entre as evidências e o estabelecimento de um encadeamento entre elas^(82,85).

4.4.1 Observação participante

A técnica de observação participante caracteriza-se pela participação do pesquisador na vida cotidiana do grupo ou organização estudada. A inserção no campo de estudo ocorre com a finalidade de observar as situações com as quais os informantes se deparam normalmente e como se comportam diante delas, buscando descobrir a interpretação que os pesquisados fazem sobre elas⁽⁸⁸⁾.

Destaca-se a importância da utilização dessa técnica, visto a existência de muitos elementos que não podem ser apreendidos por meio da fala ou da escrita, os quais são fundamentais não apenas como dados em si, mas como subsídios para a interpretação posterior dos mesmos⁽⁸⁹⁾. Observar não é, simplesmente, olhar. Observar um fenômeno social significa, em primeiro lugar, que tenha sido, abstratamente, separado de seu contexto para que, em sua dimensão singular, seja estudado em seus atos, atividades, significados, relações, em seus aspectos aparentiais e mais profundos⁽⁸⁴⁾.

A observação é um procedimento empírico de natureza sensorial, que permite a coleta de dados e não pode ser desconsiderada em um estudo de caso. Deve ser precedida de aprofundamento no referencial teórico e levantamento bibliográfico de estudos relacionados ao caso em questão, implicando planejamento cuidadoso do trabalho, exame minucioso do processo de coleta e preparação do observador, que deve ter competência para observar e obter dados e informações com imparcialidade, sem contaminá-los com suas próprias opiniões e interpretações⁽⁸³⁾.

Para tanto, elaboraram-se algumas pautas de observação, que são alguns aspectos básicos a serem observadas conforme os objetivos estabelecidos⁽⁹⁰⁾. Nesse sentido, utilizou-se um roteiro com as pautas de observação focadas neste estudo: a) processo de trabalho gerencial dos enfermeiros; e, b) relações estabelecidas entre os enfermeiros e integrantes da equipe de enfermagem e usuários durante o gerenciamento do cuidado no serviço de emergência (APÊNDICE A).

Para o registro das informações, foi elaborado um diário de campo⁽⁸⁵⁾. O diário de campo consiste em anotações que o pesquisador faz ao longo do trabalho de campo e abrange a observação dos acontecimentos referentes ao objeto em estudo

e a observação do próprio pesquisador, ou seja, dos sentimentos, das idéias, das dúvidas, das dificuldades e facilidades pessoais vivenciadas. Além disso, o registro das reações dos participantes à sua presença no campo e do modo como é estabelecido o contato entre o pesquisador e os participantes do estudo também são importantes focos de registro e auxiliam na discussão e interpretação dos resultados⁽⁹¹⁾.

Foram realizados 40 períodos de observação que contemplaram todos os dias da semana e turnos de trabalho do Serviço de Emergência (Manhã, Tarde, Noite, Intermediário e Sexto Turno), visando ao entendimento mais completo possível do caso. As observações tiveram duração variável de acordo com a qualidade da atenção despendida para a atividade, com média de duração em torno de 2 horas, perfazendo cerca de 90 horas de observação ao total. A realização das observações foi útil para compreensão e contextualização das informações obtidas por meio das entrevistas semi-estruturadas.

Salienta-se que, assim como períodos de observação curtos podem acarretar na elaboração de conclusões apressadas, a maior duração do tempo de observação não garante a validade dos dados. Portanto, foi considerada a recomendação de que a extensão do período de observação seja estabelecida de acordo com as respostas que forem sendo obtidas ao problema em estudo e os seus objetivos⁽⁹²⁾.

4.4.2 Entrevista semi-estruturada

A entrevista semi-estruturada serve como uma fonte de expressão das idéias e dos valores dos investigados. Por meio da comunicação orientada, o pesquisador pode captar a subjetividade do entrevistado, bem como outras informações mais aprofundadas quanto ao fenômeno a ser pesquisado⁽⁹³⁾.

A entrevista semi-estruturada caracteriza-se por um momento de interação social, no qual o pesquisador procura obter informações dos pesquisados acerca de uma problemática central, por meio de um roteiro com tópicos pré-estabelecidos construído a partir do embasamento teórico da investigação e as informações recolhidas dos fenômenos sociais observados⁽⁸⁴⁾. Optou-se por essa técnica de

pesquisa porque ela permite conhecer a representação dos agentes sobre seu trabalho, fazendo o contraponto com os dados obtidos com as observações.

Os enfermeiros entrevistados foram selecionados com base na observação efetuada no serviço de emergência de forma intencional⁽⁹⁰⁾. A partir das observações efetuadas identificaram-se aqueles profissionais que, na opinião do pesquisador, seriam melhores informantes. Consideraram-se bons informantes aqueles enfermeiros que durante o período de observação demonstraram abertura para o diálogo, interesse pela problemática investigada e maior disponibilidade em participar da pesquisa.

A entrevista contemplou, inicialmente, um questionário sobre as características sócio-profissionais dos enfermeiros e, em seguida, questões abertas sobre a dimensão gerencial do trabalho dos enfermeiros em emergência (APÊNDICE B).

Foram realizadas 20 entrevistas que tiveram duração entre 10 e 55 minutos, de acordo com a circunstância em que se apresentava o informante e o assunto em discussão. Para garantir a fidedignidade das informações coletadas, os depoimentos foram registrados em um dispositivo eletrônico de áudio e depois transcritos.

Os 20 enfermeiros entrevistados atuavam nos diversos turnos de trabalho e foram selecionados por aceitarem participar da pesquisa e trabalharem há mais de seis meses no serviço de emergência. A definição desse período de tempo foi estabelecida com base na crença de que seis meses é um tempo suficiente à adaptação do profissional às rotinas do setor e à equipe de trabalho, podendo, desse modo, contribuir de forma mais efetiva com a investigação.

Entre esses 20 enfermeiros, 17 eram do sexo feminino, com faixa etária entre 28 e 48 anos e idade média de 36 anos. Eles eram graduados em enfermagem, em média, há 13 anos, com variação de quatro a 26 anos, e com tempo de atuação no serviço de emergência entre 10 meses e 22 anos. Trata-se de um grupo heterogêneo com diferentes trajetórias e experiências profissionais na enfermagem, o que favoreceu o acesso a uma diversidade de concepções sobre a dimensão gerencial do trabalho do enfermeiro em um serviço de emergência.

Quanto à realização de pós-graduação, 15 enfermeiros possuíam especialização, dos quais três eram também mestrandos na época em que os dados foram coletados. Em relação, às áreas de especialização, sete enfermeiros realizaram cursos relacionados à assistência ao paciente em situações críticas de

vida (intensivismo, emergência e cardiologia), o que demonstra busca por qualificação profissional e certa coerência com a atual área de atuação. Quatro enfermeiros especializaram-se na área de administração/gerência em saúde e enfermagem, dois em enfermagem do trabalho, um em saúde pública e um em saúde mental.

No que se refere à realização de cursos sobre gerenciamento de enfermagem, sete enfermeiros mencionaram a participação em palestras ou atividades de extensão, promovidos pelo Hospital ou por outras instituições onde atuaram anteriormente, em que foram abordados aspectos relacionados à liderança em enfermagem, à motivação no trabalho, ao dimensionamento e à organização dos serviços de saúde.

4.4 Organização e análise dos dados

A análise dos dados nos estudos de caso tem como objetivo apresentar os elementos envolvidos na situação real investigada, por meio da comparação entre dos dados oriundos das diferentes técnicas de coleta de dados empregadas. Para tanto, buscaram-se pelas informações que se repetiam, evidenciando aquelas que se confirmavam ou se confrontavam⁽⁸⁵⁾.

Nesse sentido, para análise dos dados foi utilizada a técnica de análise de conteúdo, do tipo análise temática, que se constitui de três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos dados obtidos, inferência e interpretação⁽⁹⁴⁾.

A fase de pré-análise contemplou a organização do material coletado e sistematização das idéias principais, por meio de leitura flutuante, identificação das idéias principais e aspectos relevantes com base nos critérios de exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência. Feito isso, procedeu-se à exploração do material, no intuito de destacar as unidades de registro, transformar os dados brutos em núcleos de compreensão do texto e construir as categorias empíricas responsáveis pela especificação dos temas. A fase final consiste no tratamento dos resultados e interpretação, a partir da articulação entre o material empírico estruturado e referencial teórico.

Finalizando esse processo, constituíram-se quatro categorias temáticas: 1) O trabalho dos enfermeiros no cotidiano da unidade de emergência; 2) Atuação dos enfermeiros no gerenciamento do cuidado; 3) Articulação entre os profissionais e trabalho em equipe; e, 4) Desafios no gerenciamento do cuidado e estratégias para superá-los.

4.5 Considerações éticas

Para atender aos critérios éticos, foram seguidas as recomendações da Resolução no. 196/96, do Conselho Nacional de Saúde⁽⁹⁵⁾. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital ao qual o Serviço de Emergência é vinculado, sob o número 09-151 (ANEXO A). Os participantes da pesquisa foram esclarecidos sobre os objetivos de estudo e a metodologia proposta, bem como tiveram assegurado o seu direito de acesso aos dados. O consentimento livre e esclarecido por escrito foi solicitado, assegurado o anonimato dos participantes e caráter confidencial das informações colhidas (APÊNDICE C).

Além disso, cada participante foi esclarecido quanto à possibilidade de participar, como também deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, caso entendesse que isso fosse melhor para si. Saliencia-se, ainda, que nenhum dos participantes recebeu ajuda financeira e/ou qualquer outro benefício para participar da investigação.

As gravações foram eliminadas depois de transcritas, sendo que as transcrições dos depoimentos dos participantes ficarão de posse dos pesquisadores por cinco anos, e depois destruídos. O anonimato dos participantes do estudo foi preservado por meio da adoção de códigos. As observações e entrevistas foram codificadas, respectivamente, pela sigla OBS e letra E, associadas a números atribuídos conforme a realização de cada período de observação (OBS1, OBS2,..., OBS40) e entrevista (E1, E2,..., E20).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo, apresentam-se os resultados da pesquisa e as discussões de acordo com o marco teórico e conceitual adotado e os autores que estudam o objeto de investigação em voga e aspectos correlatos à temática.

Considerando os objetivos do estudo, os resultados estão apresentados em quatro seções que correspondem a cada uma das categorias temáticas constituídas a partir da análise do material empírico: 1) O trabalho dos enfermeiros no cotidiano do serviço de emergência; 2) Atuação dos enfermeiros no gerenciamento do cuidado; 3) Articulação entre os profissionais e trabalho em equipe; e, 4) Desafios no gerenciamento do cuidado e estratégias para superá-los.

5.1 O trabalho dos enfermeiros no cotidiano do serviço de emergência

Esta primeira categoria apresenta um panorama geral do trabalho dos enfermeiros no serviço de emergência em que o estudo foi desenvolvido. Para tanto, são descritos os elementos constituintes do processo de trabalho dos enfermeiros e algumas singularidades do contexto investigado e como elas se refletem na atuação dos participantes da pesquisa.

As principais características do trabalho nos serviços de emergência são a instabilidade do ritmo do trabalho, o imediatismo das ações e a grande procura por atendimento, que variam em diversidade e complexidade. Essas características se repercutem no trabalho dos enfermeiros e demais profissionais de saúde que atuam nesses serviços, pois não é possível estimar o número de pacientes que procurarão por assistência na unidade e o tipo de atendimento que eles irão requerer, o que torna o cotidiano do trabalho, muitas vezes, imprevisível.

Aqui tudo vai andando conforme o barco, não tem uma regra, a gente tem que estar preparado para tudo (E4).

Todo plantão é um “kinder ovo”, cada dia é uma surpresa [risos], a gente chega para o plantão e a gente nunca sabe como vai ser, tanto

pode ser um plantão tranqüilo, como tu chegar e estar superlotado, então é sempre uma surpresa (E12).

Normalmente, a gente não consegue programar todo o turno de trabalho, porque muitas vezes tem intercorrências (E15).

A dinâmica do serviço e o pouco controle sobre as atividades desenvolvidas são um diferencial dos serviços de emergência em relação às unidades de internação hospitalar, em que, geralmente, o trabalho é mais rotinizado. Uma das causas da imprevisibilidade do trabalho em emergência é o objeto sobre o qual recai o trabalho dos profissionais. O processo de trabalho na emergência caracteriza-se por ter como objeto de trabalho pacientes com problemas de saúde graves e de alto risco e indivíduos que procuram a unidade, mas não se encontram em situação de gravidade do ponto de vista clínico e poderiam ter suas demandas de saúde assistidas por unidades básicas ou outros serviços da rede. A crescente utilização dos serviços hospitalares de emergência é um fenômeno mundial decorrente, principalmente, do aumento da expectativa de vida e das mudanças nos padrões de morbimortalidade da população⁽⁹⁶⁾.

Na realidade estudada, os pacientes de moderado risco de morte representam cerca de 49% dos atendimentos efetuados; os de baixo risco, 33,6%; os de alto risco 11,7%; e, os de risco imediato de morte, 3,4%⁽⁹⁷⁾. Para o atendimento aos indivíduos com alterações graves de saúde e de alto risco e daqueles com quadros clínicos moderados ou leves, o serviço de emergência está organizada em cinco áreas, conforme a complexidade do cuidado prestado: Acolhimento com Classificação de Risco, Sala de Internação Breve (SIB), Sala de Observação (SO) 1 e 2, Unidade Vascular (UV) e Semi-intensiva (SI) e Unidade Pediátrica (UP). Esses setores imprimem características e particularidades distintas às atividades e aos instrumentos que compõem o trabalho dos enfermeiros que atuam em cada um deles.

[...] aqui na emergência de acordo com o setor que tu fica como enfermeiro, tu é obrigado a se adaptar [...] (E2).

Na emergência, é como se nós tivéssemos várias unidades no mesmo local, porque SIB tem uma rotina, a UV outra, a SO outra e assim por diante (E9).

Para mim funciona de maneira diferente em cada sala da emergência, existe uma unidade só, mas com áreas distintas. É um

pouco diferente o trabalho da SO2, em relação à SIB e SO1, por exemplo (E13).

As diferenças entre os setores da emergência levam os enfermeiros a se adaptarem ao tipo de atendimento prestado, à gravidade dos pacientes assistidos e às tecnologias disponíveis para a realização da assistência. As influências das características dos diferentes cenários hospitalares de produção do cuidado sobre as atividades dos enfermeiros também estão descritas em uma pesquisa sobre o trabalho desses profissionais em unidades especializadas. Conforme a complexidade do cuidado, alguns procedimentos podem ser delegados aos técnicos/auxiliares de enfermagem e os enfermeiros concentram-se na realização do processo de enfermagem, planejamento da assistência e execução de técnicas que necessitam um saber tecnológico mais complexo, como instalação de diálise peritoneal, intubação e extubação de pacientes, montagem de respiradores e punções venosas⁽³⁾.

Os enfermeiros distribuem-se entre os setores da emergência de acordo com as suas preferências e afinidades em atuar em um ou outro lugar e/ou suas experiências e qualificações profissionais.

Cada um tem suas preferências e procura ficar na área que mais se identifica, até para não trabalhar forçado. Lógico que quando falta alguém, a gente trabalha onde precisar, mas a minha preferência, por exemplo, é não trabalhar com crianças, porque eu não tenho afinidade, já outros colegas preferem ficar só lá (E16).

[...] eu costumo ficar responsável pela enfermagem pediátrica, [...] porque eu tenho experiência em pediatria e no início os meus colegas não tinham (E18).

Observo que o enfermeiro que está no setor de Acolhimento, geralmente trabalha na UV/SI ou SO2. Ele me explica que foi deslocado de setor naquela manhã, porque o enfermeiro que deveria estar no Acolhimento solicitou licença para tratamento saúde (OBS25).

A divisão dos enfermeiros entre os setores da emergência conforme suas preferências e experiências profissionais favorece que o trabalho seja realizado com mais qualidade e de forma mais prazerosa. Essa divisão é acordada informalmente entre eles pode ser modificada quando necessário ou diante de situações inesperadas, a exemplo do afastamento de algum funcionário por motivos de saúde.

Quanto ao fluxo de atendimento dos pacientes pelos diferentes setores da emergência, observou-se que os indivíduos com alterações graves de saúde, na maioria das vezes, são trazidos para unidade de emergência por ambulâncias de atendimento pré-hospitalar, mediante contato telefônico prévio. A entrada desses pacientes ocorre por uma porta lateral da unidade e eles são encaminhados diretamente para atendimento no box de urgência.

Os pacientes, independente do grau de risco, trazidos por amigos ou familiares quando chegam à emergência passam, primeiramente, pela recepção, identificam-se a auxiliares administrativos informando, quando possível, seus dados pessoais e são encaminhados para o setor de Acolhimento e Classificação de Risco, onde é iniciado e direcionado o fluxo dos atendimentos na unidade. Nesse setor, eles são recepcionados por um técnico de enfermagem, que é responsável pela primeira escuta das suas queixas e aferição dos seus sinais vitais. Após essa abordagem inicial, os pacientes são encaminhados para avaliação pelos enfermeiros.

Os enfermeiros, por sua vez, realizam uma anamnese e um exame físico sumários por meio dos quais avaliam os sinais vitais, as queixas referidas pelos pacientes e o histórico de saúde que eles relatam. A partir dessas informações, os enfermeiros estimam as necessidades e a gravidade clínica dos pacientes e atribuem a eles um grau de risco, conforme as diretrizes do protocolo institucional Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco. Esse protocolo baseia-se nas recomendações do Ministério da Saúde, que preconizam a atribuição de cores aos pacientes por nível de acuidade de acordo com a gravidade: roxo para pacientes que requerem atendimento imediato; vermelho para pacientes com risco alto que devem ser atendidos em até 10 minutos; amarelo para pacientes de risco intermediário que estão estáveis, mas sem critério de alta, podendo o atendimento ser realizado em até 1 hora; e, verde para pacientes de baixo risco com atendimento em até 6 horas ou mais (ANEXO B). Para o registro dessas informações, o hospital adota um sistema eletrônico de prontuários que permite aos enfermeiros encaminhar os pacientes para atendimento médico nas especialidades clínica, cirúrgica, obstétrica ou pediátrica.

[...] na classificação de risco eu tento priorizar as urgências [...]. As pessoas que estão ali na frente tem que ter essa visão, de priorizar, ter aquele olho clínico de que a pessoa está tendo um AVC, está

com dor no peito, fazer um eletro, para passar essas pessoas na frente, priorizar. Porque elas são uma urgência ou emergência realmente e têm que ser atendidas mais rapidamente (E6).

A classificação de risco é uma área muito importante, onde o paciente tem o primeiro contato, praticamente é a gente que decide o que vai acontecer com ele, se ele é prioridade ou pode aguardar um pouco mais (E16).

Chega à unidade um senhor de 52 anos que procura por atendimento referindo lombalgia e episódios eméticos. Após ter seus sinais vitais aferidos pelo técnico de enfermagem, ele é avaliado pelo enfermeiro:

Enfermeiro: - O que houve com o senhor?

Paciente: - Estou com dor nas costas, vomitando desde a madrugada, não posso tomar nem água!

Enfermeiro: - E o senhor tem algum problema de saúde?

Paciente: - Não, eu só fiz uma cirurgia em 2002, foi de hemorróidas.

Enfermeiro: - Então tá, o senhor pode sentar ali ao lado e aguardar pela consulta [paciente é classificado como de baixo risco] (OBS 12).

Uma menina de dois anos é trazida pela mãe para atendimento na unidade de emergência. O técnico de enfermagem verifica os sinais vitais, conversa e brinca com a criança e a encaminha para avaliação pelo enfermeiro:

Enfermeiro: - O que houve com essa linda?

Mãe: - Gripe há mais de uma semana, sai sangue pelo nariz e muita tosse.

Enfermeiro: - Vomitou alguma vez?

Mãe: - Sim!

Enfermeiro: - Que cor está a secreção?

Mãe: - Meio amarelada.

Enfermeiro: - Ela já internou aqui?

Mãe: - Sim, ela consulta aqui também.

Enfermeiro: - Então tá, mãe, pode passar com ela para consulta, já vão chamar ela [paciente é classificado como de risco intermediário] (OBS 17).

Trazido por um amigo, chega ao Acolhimento um homem de 42 anos que, durante a realização de exercícios de musculação, começou a sentir forte dor no peito e formigamento no braço esquerdo. Ele é atendido rapidamente pelo enfermeiro e técnico de enfermagem, os quais avaliam os seus sinais vitais e o levam para o box de urgência. O enfermeiro do Acolhimento passa o caso para o médico e enfermeiro que estão de plantão na UV/SI. Enquanto o enfermeiro punciona o paciente e instala monitorização cardíaca, o médico conversa com o amigo que o trouxe e solicita que ele lhe conte com mais detalhes o que aconteceu. Feito isso, o médico passa a examinar o paciente e o enfermeiro solicita ao acompanhante que ele vá até a recepção e informe os dados do paciente para internação (OBS29).

Os depoimentos e as transcrições das observações apresentadas permitem identificar que o protocolo Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco é parte do conjunto de instrumentos de trabalho utilizados pelos enfermeiros no serviço de emergência, o qual pode ser caracterizado como uma tecnologia que auxilia os profissionais a identificar e agilizar o atendimento dos pacientes que necessitam ter prioridade. Esse achado corrobora os resultados de um estudo sobre a visão dos enfermeiros de uma unidade de emergência hospitalar do Sul do Brasil quanto ao Acolhimento e Classificação de Risco, em que o protocolo utilizado para classificação de risco foi descrito como um instrumento que auxilia a reorganização do serviço para uma melhor avaliação e classificação das necessidades dos usuários⁽⁵²⁾.

Desse modo, os enfermeiros desempenham um papel de destaque no setor de Acolhimento, pois compete a eles estabelecer a ordem de prioridade para os atendimentos e efetuar os encaminhamentos necessários conforme o grau de risco identificado. Assim, para realização do acolhimento, aferição do grau de risco e estabelecimento do tempo que os pacientes podem esperar para atendimento, os enfermeiros destacaram a importância do conhecimento clínico referente à sintomatologia das doenças.

[...] o enfermeiro aqui na triagem tem que ter um bom olho clínico para ver a situação do paciente e ver se é uma situação de risco ou não (E9).

É um lugar que tem que ter muito conhecimento, porque é muito importante a base teórica para ti ficar na classificação de risco, tem que conhecer a sintomatologia de várias doenças, para ti saber se uma pessoa tem que ser atendida imediatamente ou pode aguardar um pouco mais para ser atendida (E16).

Os conhecimentos clínicos são de suma importância no atendimento aos pacientes nos serviços de emergência, pois permitem a identificação dos sinais e sintomas das patologias que demandam atendimento e/ou intervenção mais rapidamente. No entanto, a atuação da enfermagem nesses contextos precisa abarcar também a valorização da subjetividade e multiplicidade do ser humano, pois o cuidado é o elo de interação/integração/relação entre profissional e paciente⁽⁹⁸⁾.

Após a aferição da gravidade do quadro clínico dos pacientes, os enfermeiros procuram organizar as consultas no Acolhimento de tal modo que haja horários

disponíveis para o atendimento dos pacientes de maior risco quando eles chegam à unidade.

[...] na triagem é bem mais direto o paciente, organizar as consultas, ver quem tem prioridade na consulta, ver com o médico quando os horários estão lotados se ele pode passar um na frente do outro (E3).

No acolhimento, durante um momento de pausa nas avaliações e atendimentos, pergunto ao enfermeiro como eles organizam as consultas na triagem para priorizar os pacientes de alto risco e ao mesmo tempo atender às demandas dos pacientes de baixo risco. Ele me explica que como os enfermeiros não podem mais fazer triagem por exclusão, foi criado um consultório para os pacientes “verdes” e que eles procuram agendar um paciente verde por hora, deixando horários disponíveis para os pacientes mais graves que procuram por atendimento (OBS8).

Embora a organização das consultas priorize o atendimento dos pacientes de alto risco, durante as observações constatou-se que conforme as especificidades do quadro clínico dos pacientes, eles podem receber atenção diferenciada dos enfermeiros, mesmo sem demandar atendimento imediato, como no caso aprestado a seguir:

No Acolhimento, chega uma mulher de 34 anos com suspeita diagnóstica de leucemia. Durante a avaliação para classificação de risco, ela comenta que foi orientada por um médico a procurar atendimento no serviço, mostra os exames que já realizou, demonstra ciência quanto à gravidade do seu caso e começa a chorar. Ao final da avaliação, ela contém as lágrimas e solicita ao enfermeiro que o marido possa entrar e fazer companhia a ela enquanto aguarda pela consulta. O enfermeiro, prontamente, liga para a recepção e solicita que chamem o marido da paciente. Ele entra na unidade, ajuda sua esposa a levantar e o enfermeiro os aconselha a aguardar na sala ao lado, que está mais tranquila [paciente classificado como de risco intermediário]. Assim, que a paciente se afasta o enfermeiro comenta com o técnico de enfermagem: “coitada daquela mulher, está com uma baita leucemia e tem praticamente a minha idade” e segue as avaliações. Transcorridos cerca de 40 minutos, a paciente com suspeita de leucemia é chamada duas vezes pelo médico para consulta, mas não atende aos chamados. O enfermeiro, atento à ação do médico, interrompe suas atividades, avisa ao médico que ela está na sala ao lado, vai até lá chamá-la e acompanha a paciente e seu esposo até o consultório (OBS 14).

A partir da observação apresentada, infere-se que o enfermeiro se sensibilizou com a situação da mulher com suspeita diagnóstica de leucemia, dando-lhe uma atenção diferenciada em relação aos demais pacientes, permitindo a

permanência do seu acompanhante no Acolhimento e conduzindo-a até o consultório médico, pois tais condutas não são frequentes entre os enfermeiros. O comportamento do enfermeiro pode ser explicado porque os profissionais que atuam no atendimento às urgências e emergências reagem por uma mobilização diferenciada, ou seja, cada paciente adquire um valor mobilizador que se traduz de maneira concreta pelo lugar que lhe é atribuído na hierarquia e na ordem das prioridades na triagem. Assim, quanto maior a força mobilizadora, menor o tempo de espera até o atendimento e maior a atenção despendida ao paciente⁽⁵³⁾.

Cabe aqui uma observação quanto à forma como os enfermeiros se referem ao setor de Acolhimento. Em 2005, no bojo da Política Nacional de Humanização, o serviço de emergência implantou o Protocolo Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco com a finalidade de ouvir e pactuar respostas resolutivas aos problemas de saúde dos pacientes e prestar atendimento qualificado às situações graves com risco de vida eminente. Desde então, adota-se a nomenclatura Acolhimento em substituição ao termo Triagem, que era utilizado até então. No entanto, os enfermeiros, na maioria das vezes, referem-se a esse setor e às práticas desenvolvidas como Triagem ainda.

Como responsáveis pela avaliação inicial dos pacientes e marcação das consultas médicas no Acolhimento com Classificação de Risco, os enfermeiros são constantemente questionados, tanto pelos pacientes quanto pelos familiares/acompanhantes, em relação à demora para atendimento.

Uma paciente vai até o enfermeiro do Acolhimento perguntar se ainda vai demorar muito para ela ser atendida. O enfermeiro solicita que ela se aproxime, mostra a tela do computador e o aponta para o nome da paciente e diz: “Aqui está tu com uma bolinha verde, está vendo? E está marcando a tua consulta para às 14h, certo? [agora são 15h10min] Mas está vendo essas bolinhas vermelhas que estão antes de ti? Essas são as pessoas que estão mal, quase caindo, que são idosas, que não é o teu caso. Então o médico teve que atender elas primeiro, mas tu vai ser uma das próximas a ser chamada, tá querida?!”. A paciente ouve com atenção a explicação do enfermeiro e ao final confirma com ele: “- Então, falta pouco para me chamarem?”. O enfermeiro responde que ela será umas das próximas e a paciente retorna para o seu lugar. Depois ele comenta comigo: “coitada dessa mulher! Nem sei desde que horas ela está aqui esperando!” (OBS 23).

Diante das manifestações e queixas dos usuários, os enfermeiros procuram explicar o funcionamento do acolhimento e o fluxo de atendimento do serviço de emergência. Essa conduta vai ao encontro do que é recomendado pela literatura, a qual sugere que o processo de acolhimento e classificação de risco contemple atividades que tranquilizem pacientes e familiares, como informações claras sobre o tempo, as áreas de atendimento e orientação do fluxo, que prioriza os pacientes mais graves em relação ao menos grave. Tais orientações contribuem para que os usuários confiem no sistema de classificação e não o vejam como um obstáculo a mais para o atendimento^(99,100).

Após o atendimento médico, os pacientes podem ser liberados ou continuarem sendo atendidos nas demais áreas do serviço de emergência.

A SIB é uma área que fica logo após os consultórios, onde há 18 cadeiras distribuídas de um lado ao outro, destinadas ao atendimento breve dos pacientes de risco intermediário e baixo, os quais, geralmente, permanecem para observação e infusão de terapêutica medicamentosa após o atendimento médico. A SO1 é uma continuidade da SIB, onde há 16 cadeiras em um lado e sete macas no outro em que os pacientes aguardam transferência para SO2 ou unidades de internação. Apesar de descritas separadamente na estrutura organizativa do serviço de emergência, essas duas áreas configuram-se, na prática e na fala dos profissionais, como um único setor, em virtude da proximidade do espaço físico destinado ao atendimento dos pacientes de ambas.

Juntas a SIB e a SO1 têm capacidade para o atendimento de 41 pessoas, acomodadas tanto em macas como em cadeiras. No entanto, durante o período de coleta de dados, houve momentos em mais de 100 pessoas estavam sendo atendidas nesses locais.

[...] na SIB e SO1 é uma realidade, porque ali eu recebo os meus 100 pacientes e eu tenho que ter noção que eu não consigo visitar e conversar, perguntar como eles estão para todos, eu tenho que priorizar, estabelecer esses aqui são os pacientes que eu vou ter que olhar, vou ter que agilizar os exames, os medicamentos (E2).

A SIB é um lugar onde a gente passa punccionando, punccionando, depois só passando sonda, tem procedimento o tempo todo e tem admissão 24 horas por dia, não tem como ficar fazendo o processo de enfermagem para todos (E4).

Ali é uma área em que a gente trabalha mais, tem muito procedimento, tem dias que tu pegas mais de 30 acessos, sondagem

de alívio, sondagem nasoentérica, e se tu estás sozinho tu tens que saber elencar prioridades (E11).

Diante da quantidade de pacientes atendidos, os enfermeiros que atuam na SIB e SO1 precisam, constantemente, estabelecer prioridades de atendimento e dividir o seu tempo e a sua atenção entre a monitorização das condições dos pacientes mais graves e a realização de procedimentos técnicos, principalmente punções venosas e sondagens. Em função dessas características, a SIB e SO1 são os setores da emergência em que os enfermeiros têm mais ressalvas em atuar, pois nelas o estresse e o desgaste com o trabalho são maiores.

Onde eu menos gosto de trabalhar é na SIB, em função da dinâmica de como funciona essa unidade, parece que sempre quando eu saio dali eu deixo alguma coisa incompleta, os outros eu não tenho problema. [...] é tudo muito rápido, tudo muito tumultuado, tu não consegue ver todos os pacientes e isso me deixa aflita e eu não gosto do meu trabalho quando eu estou ali (E9).

Eu fico mais na SIB porque as colegas não gostam muito [hesita em falar] e eu não me importo, não tenho tanto essa preferência entre um lugar e outro [...]. Tem vezes que eu saio chateada porque eu penso que poderia ter conduzido melhor em um determinado momento, às vezes, a gente se estressa entre a equipe, é evidente, são pessoas, isso é normal. Às vezes, tu ficas sem maca, porque não tem mais maca em lugar nenhum da unidade, têm pacientes muito graves e tudo isso tu vai tendo que levar (E11).

Eu fico mais estressada na SO1, eu me preocupo, hoje, por exemplo, tem 76 pacientes, e eu não consigo falar com todos os 76 pacientes [...] (E13).

O excesso de pacientes associado às limitações estruturais do ambiente de trabalho e de pessoal para o atendimento sobrecarrega os enfermeiros de atividades e gera, muitas vezes, uma impressão de trabalho inacabado na SO1 e SIB. Estudos sobre o estresse dos enfermeiros em unidades de emergência evidenciaram que as condições de trabalho são o principal fator estressante, pois o ritmo acelerado de trabalho para a finalização de tarefas pré-determinadas e o número reduzido de funcionários leva o profissional a realizar um grande aporte de atividades, que poderiam ser divididas com outros integrantes da equipe^(101,102).

A SO2 dispõe de 13 camas destinadas a pacientes de risco intermediário e dependentes que aguardam leitos nas unidades de internação clínica ou cirúrgica do hospital, mas mantém macas extras que chegam, muitas vezes, nos dias de maior

superlotação, a mais de 40 acomodações. O foco da atuação dos enfermeiros na SO2 é a avaliação das condições clínicas dos pacientes, realização de procedimentos de enfermagem, orientação e supervisão dos técnicos de enfermagem quanto aos cuidados relacionados à higiene, ao conforto e à alimentação dos pacientes e o preparo e administração da terapêutica medicamentosa prescrita pelos médicos.

Eu trabalho em todas as unidades, esta semana eu estou mais na SO. Lá a gente presta os cuidados de enfermagem, avaliação dos pacientes, os procedimentos, avalia se tem como dar alta para paciente, se tem como subir para o andar, se tem algum que está um pouco melhor (E17).

Uma das principais especificidades do trabalho do enfermeiro na SO2 é o monitoramento e a avaliação contínua dos pacientes, visando identificar aqueles que podem receber alta e/ou demandam atenção diferenciada e necessitam ser encaminhados para as unidades de internação mais rapidamente. O número excessivo de pacientes da SO2 não parece ser um problema para os enfermeiros, pois, apesar da quantidade de pacientes estar muito acima da capacidade instalada do setor, eles demonstram conhecimento das principais demandas de cuidado dos pacientes e certa tranqüilidade para conduzir a realização do trabalho, como pode ser constatado na observação a seguir:

São 13h50min, após a passagem de plantão alguns enfermeiros conversam e trocam informações sobre o setor onde estão naquele turno. O enfermeiro responsável pela SO2 comenta a situação do seu setor com o enfermeiro que está na UV/SI: “Na SO2 está tudo relativamente tranqüilo, estamos com 46 pacientes, apenas dois estão sem evolução, eu fiz agora uma admissão, enfim, está cheio, mas está tudo indo” [...] (OBS8).

A UV e SI juntas constituem o setor de atendimento aos pacientes de alto risco. A UV possui 5 leitos destinados a pacientes com doenças vasculares agudas e a SI conta com 4 leitos, destinados a pacientes que requerem cuidados intensivos. Em uma pequena área próxima a UV/SI, separada do restante do serviço de emergência apenas por cortinas divisórias, localiza-se o box de urgência onde os pacientes de alto risco recebem o primeiro atendimento logo que chegam à unidade, o qual é realizado, geralmente, pelos profissionais plantonistas da UV/SI. Para facilitar e agilizar o atendimento, os materiais, medicamentos e equipamentos

necessários para o atendimento ficam dispostos ao redor do box de urgência em prateleiras e balcões.

Os enfermeiros comparam a UV/SI a uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de portas abertas em virtude da complexidade e a alta rotatividade dos pacientes, pois à medida que chegam indivíduos mais graves, os médicos costumam transferir os pacientes menos graves para SO2 ou UTI do hospital, dando lugar àqueles de maior risco e que exigem monitoramento mais contínuo.

[...] a unidade vascular é uma unidade intensiva, pode-se dizer assim, com os pacientes críticos, com um número mais reduzido, mas que demandam mais cuidados (E16).

[...] O enfermeiro começou comentando que não tem problemas em trabalhar nos demais setores da unidade, porque o enfermeiro emergencista tem que estar preparado para tudo. No entanto, disse ter preferência em atuar com pacientes que demandam cuidados críticos, em virtude da sua experiência anterior em UTI. O único problema apontado pelo enfermeiro em trabalhar na UV/SI é que “os médicos pensam que a unidade é uma UTI de portas abertas e sempre dão um jeito de tirar um paciente para colocar outro mais grave” [...]. (OBS6).

Como nesse setor os profissionais trabalham mais diretamente com o limiar entre a vida e a morte dos pacientes, destaca-se, na fala e na prática dos enfermeiros, a realização de atividades voltadas a zelar pela disponibilidade e funcionalidade dos materiais e equipamentos utilizados no atendimento dos pacientes no box de urgência ou daqueles que já estão internados na UV/SI, já que nessas ocasiões cada segundo torna-se precioso e nem sempre há tempo disponível para conserto ou busca de novos materiais durante o atendimento.

[...] quem fica na UV também fica responsável pelo box de urgência. Então, pega o plantão, confere os prontuários junto com os técnicos. O enfermeiro geralmente tem que conferir os medicamentos controlados primeiro e dar início aos trabalhos. Atender os pacientes que vem da rua, tem tardes que chegam um box atrás do outro, e no mais tem que conferir material, carro de parada, ventiladores, que é onde fica os carros de atendimento aos pacientes agudos. E, vai atendendo os pacientes, remaneja aqueles que estão mais estáveis para dar lugar aqueles que estão mais instáveis [...] (E19).

Na UP, há 15 leitos destinados a crianças de risco alto, intermediário e baixo, as quais são atendidas pela mesma equipe assistencial. As atividades desenvolvidas pelos enfermeiros na UP não diferem daquelas realizadas por eles

nas áreas de atendimento a pacientes adultos. As principais características que diferenciam a UP das demais áreas do serviço de emergência são o menor número e a maior rotatividade de pacientes, pois as crianças que chegam à unidade em quadro clínico grave são transferidas mais rapidamente para as UTIs do hospital.

Tem toda a assistência de enfermagem, o cuidado à criança, a admissão, evolução, prescrição, como tem no adulto, não tem nada de diferente. O diferencial mesmo é o menor número de pacientes, por a pediatria ter menor procura ou maior rotatividade (E18).

No começo de cada plantão, em todos os setores do serviço de emergência, exceto no Acolhimento, os enfermeiros dividem as atividades assistenciais e os pacientes entre os técnicos de enfermagem conforme a gravidade e complexidade dos cuidados por meio da elaboração de escalas diárias de trabalho. Para organizar e definir as ações de enfermagem junto aos pacientes, o serviço de emergência adota a metodologia assistencial do Processo de Enfermagem, constituído por cinco etapas inter-relacionadas: 1) Coleta de dados ou histórico de enfermagem ou anamnese e exame físico; 2) Diagnóstico de Enfermagem; 3) Planejamento de Enfermagem ou Prescrição; 4) Implementação; e, 5) Avaliação de Enfermagem^(103,104).

Para execução do Processo de Enfermagem, o enfermeiro utiliza como instrumentos o exame físico em que avalia as condições clínicas dos pacientes, as anotações da equipe de enfermagem e equipe médica e os resultados de exames. Os registros são todos informatizados e arquivados no prontuário eletrônico do paciente. No entanto, para guiar as suas atividades ao longo do turno de trabalho, os enfermeiros costumam gerar e imprimir uma lista com a relação dos pacientes que estão sob sua responsabilidade e nela registram as informações dos pacientes manualmente. Essas anotações são digitadas ou atualizadas no computador, na maior parte das vezes, no final do plantão para que elas estejam disponíveis da forma mais fidedigna possível para o enfermeiro do próximo turno.

Na transição de um turno de trabalho para o outro, para garantir a continuidade do trabalho da enfermagem, ocorre a passagem de plantão, em que são repassadas as principais informações relacionadas ao quadro clínico dos pacientes, os cuidados prestados ou aqueles a serem feitos e os exames realizados ou por realizar. Os responsáveis pela passagem de plantão são os enfermeiros e os

técnicos de enfermagem colaboram com informações complementares dos pacientes que ficaram sob seus cuidados no turno findante.

A passagem de plantão é um exercício de comunicação entre a equipe de enfermagem, realizada em função da continuidade da assistência. Ela envolve aspectos da comunicação verbal (oral e escrita) podendo, também, ser considerada uma comunicação administrativa em função da assistência e do processo de trabalho em enfermagem, constituindo-se como uma atividade fundamental para a organização do trabalho no contexto hospitalar⁽¹⁰⁵⁾.

Na SO2, UV/SI e UP a passagem de plantão ocorre à beira do leito dos pacientes. Na SIB/SO1, os profissionais de enfermagem reúnem-se na sala de prescrição médica. No Acolhimento, a passagem de plantão pauta-se na troca de informações sobre o número de pacientes avaliados, à quantidade de consultas agendadas para o próximo turno e os pacientes com sinais vitais alterados ou queixas álgicas que permanecem aguardando consulta médica na transição dos turnos.

Ainda no que tange às particularidades do trabalho dos enfermeiros no serviço de emergência, destaca-se que, ao longo do período de coleta de dados, acompanharam-se as estratégias utilizadas no serviço de emergência e, em especial, a atuação dos enfermeiros no combate à epidemia mundial de Gripe A-H1N1, uma doença respiratória causada pelo vírus influenza A, que atingiu a população do estado do Rio Grande do Sul durante o inverno de 2009. Diante desse acontecimento sazonal, os profissionais do serviço de emergência tiveram que reorganizar os seus processos de trabalho para atender às pessoas com sinais e sintomas da nova gripe e ao mesmo tempo garantir a normalidade dos atendimentos realizados na unidade.

Inicialmente, foi adotado como estratégia a indicação da unidade básica de saúde anexa ao hospital como referência para o atendimento aos pacientes com sinais e sintomas da gripe. Com o aumento progressivo dos casos, o hospital firmou uma parceria com o V Comando da Aeronáutica que instalou, em frente ao hospital, duas barracas: implantava-se, assim, o hospital de campanha, onde médicos e equipe de enfermagem da emergência atenderam conjuntamente, todos os dias, das 8h às 18h, ao longo de mais de dois meses (1º de julho a 23 de setembro). À noite, os atendimentos eram realizados no Serviço de Emergência. Ao longo desse período, foram realizados mais de 9 mil atendimentos⁽¹⁰⁶⁾.

Nas barracas, os pacientes eram triados pelo técnico de enfermagem com supervisão do enfermeiro por meio do preenchimento manual de uma ficha de atendimento em que eram registrados dados de identificação, sinais vitais, sintomas apresentados entre os previstos para pacientes com Gripe H1N1 e comorbidades prévias. As pessoas que não apresentavam sinais indicativos da doença eram orientadas pelo enfermeiro e técnico de enfermagem por meio de um formulário com informações sobre a nova gripe e liberadas. Já aqueles indivíduos que apresentavam sinais e sintomas indicativos de Gripe H1N1 eram encaminhados para atendimento médico, realizavam raio-x de tórax para confirmar o diagnóstico e eram medicados, se necessário. Os pacientes com quadro clínico mais grave eram hospitalizados e as providências e orientações necessárias à internação eram realizadas pelo enfermeiro.

Embora seja crescente a discussão sobre a importância da organização e estruturação desses serviços conforme as demandas sociais dos usuários^(62,107) e o atendimento prestado às pessoas com suspeita de Gripe H1N1 evidencie que isso é possível, a principal finalidade do trabalho dos enfermeiros é prestar atendimento inicial aos pacientes que demandam atenção imediata, visando à estabilização das suas condições clínicas até que eles possam ser encaminhados para outras unidades dentro do hospital e o atendimento tenha continuidade.

[...] é prestar atendimento aos pacientes que chegam com alguma complexidade, que chegam em emergência clínicas, prestar o melhor atendimento até poder encaminhar para outro setor (E 8).

Eu acho que quando um paciente quando chega numa emergência é porque ele tem um dano à saúde dele e que ele está precisando de atendimento naquele momento. Então, ele vem para a emergência porque ele está precisando de alguma intervenção para melhorar o estado de saúde dele naquele momento (E19).

[...] o trabalho de enfermagem em emergência tem como foco esse primeiro atendimento no momento de emergência mesmo, sendo resolutivo naquele momento da chegada do paciente [...] (E14).

Alguns enfermeiros entendem as dificuldades dos usuários na procura por atendimento e relatam a busca pela resolução do problema de saúde das pessoas que chegam à emergência, independente de ser ou não uma demanda urgente propriamente dita como uma das finalidades do seu trabalho.

[...] tem que trabalhar respeitando o usuário, entender o porquê ele vem para a emergência, e não vai no posto de saúde, ao invés de dizer só que aqui não é o lugar dele (E2).

Às vezes, não é nenhum caso de urgência, mas ele está com alguma coisa que precisa estar aqui naquele momento (E7).

Eu procuro a satisfação do cliente, que ele saia com o melhor atendimento possível e consiga melhorar, principalmente aqueles pacientes que são casos críticos, que já recorreram a toda rede e não conseguiram resolver. Então, eles vem para emergência buscando, muitas vezes, a sua última oportunidade, daí a gente tem que tentar conseguir resolver os problemas do paciente (E16).

Nos depoimentos, identifica-se o entendimento de que a urgência é aquilo que o indivíduo precisa naquele momento, de tal modo que o grau de complexidade dos pacientes não se limita aos valores expressos pelos parâmetros biológicos, mas contempla também as suas dificuldades em conseguir resolutividade aos seus problemas na rede de atenção à saúde. Desse modo, alguns profissionais procuram organizar seu processo de trabalho a partir das necessidades dos usuários, o que é um dos objetivos principais quando se fala em acolhimento e humanização no atendimento em saúde.

Entre as finalidades do trabalho no serviço de emergência, os enfermeiros também destacaram a realização de atividades gerenciais.

O enfermeiro [...] é o que mais se envolve na organização, é como um dono de casa, é o dono da casa mesmo, é ele quem até organiza as coisas para as outras pessoas poderem usar o serviço. Ele é bem isso, aquela pessoa que tem que organizar (E10).

[...] Começando de manhã, por exemplo, recebendo a lista dos pacientes, depois controle dos psicotrópicos, depois vai avaliando os pacientes, fazendo todos os procedimentos, organizando toda a unidade funcionalmente para poder trabalhar, depois revisando os exames, muito contato com a equipe médica, assim como todas as situações que vão acontecendo com os funcionários. (E11).

[...] tu tem que gerenciar a unidade para agilizar as coisas, organizar o trabalho, essa questão da superlotação tem como tu tentar diminuir vendo os pacientes que podem subir para o andar, porque sempre tem paciente chegando (E17).

As atividades gerenciais citadas pelo enfermeiro envolvem o controle dos medicamentos, equipamentos e materiais, a organização do trabalho e o gerenciamento dos técnicos de enfermagem, o que remete à atuação do enfermeiro no gerenciamento do cuidado, por meio da previsão e provisão das condições

necessárias para o cuidado. Alguns enfermeiros referiram-se a sua função no serviço de emergência como essencialmente gerencial.

Gerencial com certeza, num todo assim, o gerenciamento tanto da parte do excesso de pacientes com as nossas condições, de gerenciar funcionários, do próprio controle do material (E1).

Aqui muito de gerenciamento mesmo, [...] essencialmente gerencial, acho que depende muito do gerenciamento do enfermeiro essa questão toda de superlotação, do excesso de trabalho, de ajudar os técnicos a priorizar as coisas, porque eles meio que se perdem, às vezes, eu observo quando eu estou na sala de observação, eles ficam muito preocupados com os banhos dos pacientes e, às vezes, está tendo uma urgência e ele não vem atender, porque eles tem que cumprir uma tarefa que eles são cobrados. Então, a gente tem que puxar eles um pouquinho de volta (E12).

[...] a gente faz mais coisa gerencial do que assistência (E20).

Além disso, alguns participantes da pesquisa também expressaram em seus depoimentos que as chefias de enfermagem esperam deles uma atuação gerencial maior em detrimento da realização de tarefas.

[...] A gente aqui tem muito a questão do cuidado, mas também a questão gerencial. Às vezes, não só se preocupar se chegou uma urgência, aquela coisa que a gente sempre diz, é o todo, não é só atender a emergência [...] (E2).

[...] aqui eles [as chefias] estão propondo essa questão do enfermeiro ser mais gerencial e menos tarefero, acho que ainda tem muito essa concepção do enfermeiro só fazer tarefas. Na minha opinião, a gente tem que delegar mais, monitorar, cobrar mais, acho que a gente tem que agir mais nesse sentido. E eu acho que a chefia espera isso da gente. Isso foi colocado para mim pelo menos (E8).

Dessa forma, constata-se que a gerência é uma dimensão importante do trabalho dos enfermeiros no cotidiano serviço de emergência e que ela é reconhecida como tal pelos participantes da pesquisa. O trabalho do enfermeiro no serviço de emergência, independente do setor de atendimento, transita entre a realização do cuidado e o desenvolvimento de ações visando sua concretização. Portanto, o foco das práticas gerenciais dos enfermeiros é o gerenciamento do cuidado.

5.2 Atuação dos enfermeiros no gerenciamento do cuidado

O gerenciamento do cuidado implica tê-lo como foco das ações profissionais e utilizar os processos administrativos como tecnologias no sentido da sua concretização, por meio de ações diretas com os usuários por intermédio de delegação e articulação com outros profissionais da equipe de saúde. O gerenciamento do cuidado ocorre quando o enfermeiro o planeja, o delega ou o faz, quando prevê e provê recursos, capacita a equipe de enfermagem e interage com outros profissionais, ocupando espaços de articulação e negociação em prol da consecução de melhorias do cuidado⁽⁴⁾.

A partir da análise da dimensão gerencial do trabalho do enfermeiro no serviço de emergência constatou-se a atuação dos participantes da pesquisa no gerenciamento do cuidado. Para apresentação dos resultados, constituíram-se quatro subcategorias: Concepções dos enfermeiros sobre gerenciamento do cuidado; Planejamento e realização do cuidado; Previsão e provisão de recursos; e, Supervisão, liderança e capacitação da equipe de enfermagem.

5.2.1 Concepções dos enfermeiros sobre gerenciamento do cuidado

As concepções dos enfermeiros sobre gerenciamento de enfermagem são influenciadas pelo contexto de atuação, pela formação acadêmica, pelas experiências profissionais e, inclusive, pelas características pessoais que se refletem no exercício profissional, como o interesse por atividades relacionadas à administração⁽⁹⁾. Portanto, nesta primeira subcategoria, apresentam-se as principais concepções que norteiam o gerenciamento do cuidado realizado pelos enfermeiros no serviço de emergência.

No contexto em que o estudo foi desenvolvido, o processo de trabalho gerencial de enfermagem está organizado em cargos e patamares hierárquicos. As chefias de enfermagem estabelecem os nortes para atuação dos enfermeiros assistenciais, os quais, por sua vez, são responsáveis pela operacionalização da gerência, implementando e zelando pelo cumprimento de normas e rotinas.

É o gerenciamento das tarefas, organização do teu setor, [...] por exemplo, eu cheguei aqui hoje, vi como está, se tem muito movimento, me organizo no tempo, nos atendimentos, acho que fica mais nisso, é um gerenciamento mais específico, o gerenciamento de coisas mais burocráticas tu acaba não fazendo (E3).

[...] tem o gerenciamento das chefias diretas e imediatas, e o nosso, dos enfermeiros assistenciais, que é supervisionar as equipes, rever escalas, gerenciar todos os materiais e a rotina da unidade, do setor onde está, vendo e apoiando a chefia na resolução dos problemas da unidade em si (E9).

[...] aqui o chefe geral tem todos os turnos para gerenciar, as escalas, férias, toda essa parte. Para os enfermeiros fica o gerenciamento direto mesmo, o chefe da unidade deixa as coisas mais ou menos organizadas e a gente gerencia a implementação delas. O gerenciamento de enfermagem é aquilo que já está pré-estabelecido e a parte das rotinas, da organização da unidade, dos materiais, e também aquelas novas vão acontecendo e que tu tem que dar resposta (E10).

Para os enfermeiros, o gerenciamento das chefias de enfermagem possui caráter administrativo e burocrático, de tal modo que cabe a eles o gerenciamento relacionado à implementação e organização das ações no cotidiano assistencial do serviço de emergência. Diante dessa organização gerencial, os enfermeiros, a partir do seu autogoverno, procuram não restringir sua atuação à realização e ao cumprimento do que está prescrito e buscam a criação de novas formas de atuação explorando o potencial de trabalho vivo presente nas tecnologias leve-duras e leves para produção do cuidado e autonomia dos sujeitos.

Dessa forma, identificou-se entre as concepções dos enfermeiros o entendimento de que a gerência envolve a organização do trabalho e elaboração de estratégias de intervenção visando equacionar os problemas que surgem no cotidiano do trabalho.

Gerenciamento é elaborar intervenções para equacionar os problemas na emergência [...] (E6).

É a organização da dinâmica do trabalho por meio de ações que possibilitem melhorar a assistência, adequando, otimizando o trabalho dentro das condições que a gente tem, porque não adianta só reclamar [...] (E12).

O esforço dos enfermeiros para equacionar os problemas e potencializar o trabalho de acordo com as condições de atendimento existentes no serviço de

emergência permite inferir o empenho e comprometimento desses profissionais em realizar uma gerência que possibilite a melhoria da assistência de enfermagem, sem vislumbrar as situações conflitantes como impeditivos para o trabalho. Para atingir esse objetivo, os enfermeiros utilizam como estratégia estabelecer prioridades de atendimento.

[...] tem que priorizar os problemas de quem realmente é uma urgência [...] (E6).

[...] No meio desse tumulto, de tantas pessoas, tu poder organizar esse atendimento priorizando aqueles que mais necessitam (E16).

A rotina do trabalho dos enfermeiros, marcada pelo excesso de demanda por atendimento, faz com que eles estejam sempre elencando prioridades como uma estratégia para enfrentar as demandas diárias e realizar a assistência que os pacientes necessitam. O estabelecimento de prioridades é importante diante do contexto turbulento que caracteriza o trabalho em emergência, que pode auxiliar os enfermeiros a dar conta dos seus afazeres diários e se prepararem para as surpresas que podem vir a acontecer, que são imprevisíveis⁽⁷¹⁾.

Além de estabelecer prioridades de atendimento, os enfermeiros também procuram agilizar ações assistenciais que podem ser realizadas mais rapidamente, reconhecendo que essa é uma atribuição gerencial que lhes cabe no contexto do trabalho no serviço de emergência.

Tudo que a gente puder fazer para as coisas andarem mais rápido é um gerenciamento favorecendo o paciente. Como é superlotado, e sempre tem gente para entrar, tem que agilizar tudo que puder, principalmente os procedimentos (E17).

A atuação do enfermeiro agilizando, preparando e, muitas vezes, tendo que ir a busca de soluções para os problemas que surgem no dia-a-dia do trabalho em emergência pode ser explicada em função dos casos que, a partir da sua experiência profissional, ele já reconhece e sabe que se não fizer ou tomar uma providência para que alguém o faça, a assistência ao paciente poderá ficar prejudicada e sua recuperação também⁽⁷¹⁾. Dessa feita, os enfermeiros entendem que o gerenciamento relaciona-se diretamente à assistência de enfermagem, apontando-o como um importante instrumento na busca de um cuidado mais qualificado e humanizado em emergência.

O gerenciamento é aquela assistência que deve ser feita frente toda a situação, tu faz toda aquela assistência, englobando todo o cuidado ao paciente (E5).

[...] é cuidado humanizado dentro do possível, com qualidade [...] (E13).

[...] é mais o gerenciamento do cuidado mesmo, ver se o paciente está sendo bem atendido, se o cuidado está sendo prestado corretamente, se tem a medicação (E18).

O gerenciamento realizado pelos enfermeiros tem como foco o atendimento às necessidades dos pacientes e a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados na unidade. A estreita relação que os enfermeiros tecem entre a gerência e a assistência foi muito bem ilustrada na fala a seguir, em que elas aparecem como duas ações complementares e que podem ser realizadas concomitantemente:

[...] gerencio meio junto com as atividades que eu vou realizando. Eu vou passando, já vou arrumando o que está fora do lugar, já vou vendo o que tem que fazer em um outro paciente, já vou chamando e avisando o técnico para fazer, avisando que tem que subir paciente para exame. Eu não me detenho muito nisso de parar e daí gerenciar, eu acho que eu faço tudo muito junto, eu não separo o que é gerencia e o que é assistência (E19).

No cotidiano do trabalho dos enfermeiros no serviço de emergência, eles não destinam um período específico do seu turno de trabalho para o desenvolvimento de atividades gerenciais. Elas são realizadas ao mesmo tempo ou intercaladas às atividades assistenciais, à medida que os enfermeiros identificam demandas que necessitam sua intervenção, por meio de um processo dinâmico e interativo com a equipe de enfermagem.

A concepção de que o gerenciamento é parte integrante da assistência e um instrumento que favorece a produção do cuidado corrobora os achados de estudos anteriores que abordam a atuação do enfermeiro no gerenciamento do cuidado no contexto hospitalar^(3,6,41,108). O cuidado como foco do gerenciamento de enfermagem também é um dos achados de uma pesquisa sobre o trabalho gerencial desenvolvido pelos enfermeiros de um pronto-socorro de Curitiba⁽¹⁰⁹⁾.

Alguns enfermeiros entendem que o gerenciamento de enfermagem engloba ainda a realização de ações visando ao bom funcionamento da unidade, o que

requer uma visão e atuação sobre “o todo” da emergência, ou seja, tanto a assistência quanto a organização da unidade de maneira geral.

A gerência de enfermagem abrange tudo, tu tens que conseguir abranger o todo, que é tanto a assistência como a organização do serviço (E4).

[...] tem que ter uma visão do todo, tendo como objetivo geral toda a assistência à população que tu estás atendendo (E6).

Administração do setor em si para qualquer coisa, seja reposição de material, gerenciamento de enfermagem específico e o administrativo, que tu acaba fazendo os dois (E18).

As opiniões dos enfermeiros de que a gerência de enfermagem no serviço de emergência abrange a administração do setor para tudo e qualquer coisa remete à atuação desses profissionais como articuladores das ações que envolvem a organização do trabalho e, conseqüentemente, a produção do cuidado de saúde e enfermagem. A visão sobre “o todo” é utilizada com freqüência para caracterizar o trabalho dos enfermeiros. Trata-se de uma habilidade que vem sendo historicamente construída e estimulada, pois as práticas e os espaços dos enfermeiros na organização do trabalho em saúde e enfermagem têm como objetivos garantir o funcionamento das instituições e dar seguimento às ordens médicas, bem como atender às necessidades dos pacientes⁽¹¹⁰⁾.

A noção de que os enfermeiros precisam saber tudo, dominar tudo e responder a tudo pode ser explicada por não haver limites claros para o início e o fim das atividades dos enfermeiros, pois esses profissionais lidam constantemente com afetos e interações humanas, o que faz com que a atuação extrapole o próprio papel profissional. Desse modo, os enfermeiros exigem de si próprios o máximo e a perfeição e consideram que precisam saber tudo, dominar tudo e responder a tudo⁽¹¹¹⁾.

Sob a perspectiva do modelo racional de gerência, ainda fortemente presente na prática do gerenciamento de enfermagem, a visão sobre “o todo” pode assumir o caráter de direção e controle sobre os esforços realizados em todas as áreas e níveis de uma organização ou serviço de saúde. No entanto, os esforços em entender a gerência a partir de uma perspectiva histórico-social acenam para a visualização do “todo” como forma de articulação e integração entre os agentes e suas práticas na organização dos processos de trabalho em saúde.

O trabalho em saúde, no contexto hospitalar, é um processo coletivo realizado por diferentes categorias profissionais que aglutinam seus saberes e fazeres com a finalidade de atender às necessidades dos pacientes/usuários; e, estando o enfermeiro presente a maior parte do tempo no cotidiano dos serviços de saúde, pode-se considerar que compete a ele justamente o papel de articular e integrar das partes do “todo” que compõem e influenciam a produção do cuidado.

No contexto hospitalar, uma das principais atividades desempenhadas pelos enfermeiros diz respeito à coordenação do trabalho da equipe de enfermagem. Dessa feita, segundo alguns enfermeiros, o foco do gerenciamento de enfermagem em emergência é o gerenciamento da equipe de enfermagem, por meio da distribuição/delegação de atividades e do gerenciamento das relações interpessoais e dos conflitos inerentes ao trabalho em saúde e enfermagem.

[...] é gerenciar a equipe, as relações interpessoais, os conflitos que surgem no dia-a-dia [...] (E2).

[...] a enfermagem trabalha com pessoas, [...] então tem que saber trabalhar com essas pessoas, saber gerenciar essas pessoas de uma forma amigável, acho que é o ponto chave da enfermagem, é saber acolher, é saber identificar os problemas nessas esferas, tanto dos profissionais que trabalham contigo, quanto dos clientes, porque não adianta tu pensar na qualidade da assistência do meu cliente e não pensar na qualidade do trabalho do meu funcionário (E7).

É delegar e distribuir tarefas entre os técnicos de enfermagem, trabalhando em parceria com eles (E19).

Os enfermeiros sentem-se responsáveis pelo gerenciamento das relações interpessoais, buscando estabelecer uma relação de cooperação com e entre os técnicos de enfermagem. Nesse sentido, a construção e manutenção de boas relações com os colegas de trabalho foram consideradas estratégias fundamentais para o gerenciamento do cuidado no serviço de emergência.

[...] manter um bom relacionamento com o teu grupo de trabalho eu acho que é fundamental para o gerenciamento de qualquer setor, porque eventualmente, ou melhor, freqüentemente, tu vai precisar de ajuda. [...] E, o grupo não envolve só os técnicos, envolve também a equipe médica, as secretárias, as questões de leito tu tem que falar com a secretária, por exemplo, manter um bom relacionamento com as colegas dos outros setores, porque eu tenho que passar paciente para lá, ou porque, às vezes, eu preciso de uma maca emprestada, de um material emprestado [...], inclui o coletador, o pessoal da higienização, porque quando o box de urgência está um caos, eu

preciso que ele limpe, então se eu não conversar bem com as pessoas elas não vão trabalhar bem comigo, não vão trabalhar do jeito que eu quero que eles trabalhem. Então, essa é a grande arte, conseguir com que as pessoas façam o que tu quer fazendo com que elas se sintam valorizadas com aquilo. Esse é grande segredo [...] (E1).

[...] ter uma boa relação com os colegas, porque o que tu souber tu repassa, o que eles sabem eles te repassam, se não tu não sobrevive, união é tudo, se tu não te unir, tu não consegues trabalhar (E14).

No entanto, os enfermeiros revelam a ambiguidade embutida na palavra gerenciar: tratar com respeito, buscar parceria e ao mesmo tempo cobrar trabalho, afinal eles são enfermeiros e ocupam uma posição hierárquica superior, como está explícito no seguinte depoimento:

É saber que tu vais ter que cobrar trabalho e isso é uma coisa que tem que ficar bem claro! Eu posso gostar muito do fulano, sentar para tomar chimarrão, até ter uma relação de maior intimidade, mas na hora que for preciso [ênfase], eu sou o enfermeiro e ele é o técnico, e se eu quiser cobrar, exigir, questionar, que isso fique bem claro e daí não tem nada a ver com as relações pessoais (E1).

O trabalho gerencial do enfermeiro não pode ser deslocado das relações pessoais, pois o trabalho em saúde, incluindo-se aí as atividades gerenciais, é essencialmente um processo subjetivo e relacional, baseado em relações de colaboração entre diferentes profissionais que trabalham em prol de um mesmo objetivo. Nessa perspectiva, o exercício da gerência é prejudicado pela noção de que o relacionamento interpessoal não pode ultrapassar as barreiras da dominação, subordinação e formalidade conferidas pelo patamar hierárquico de cada trabalhador.

A gerência do cuidado vai além das ações administrativas reducionistas e centra-se nas pessoas como sujeitos mobilizadores das relações, interações e associações do sistema complexo de cuidados em suas equipes de enfermagem e de saúde de modo geral. As competências ou aptidões gerenciais estão cada vez mais relacionadas à gerência de pessoas, de equipes, o que demanda do enfermeiro o exercício constante de relacionar-se e construir elos de integração com credibilidade e respeito, visando a uma atuação em equipe que possibilite maior desempenho funcional e relacional⁽¹²⁾.

Entre as concepções dos enfermeiros sobre gerenciamento de enfermagem, também se identificou com relevância o entendimento da gerência como resultado da experiência prática e do aprendizado cotidiano no serviço de emergência.

É da prática mesmo, aquele conhecimento prático da enfermagem, conhecimento pessoal que vem da prática, do dia-a-dia, à medida que tu vai desenvolvendo e à medida que tu vai trabalhando [...] (E1).

Prática! Para ti saber gerenciar uma unidade crítica, com pacientes graves, tem que ter conhecimento prático. As unidades de pacientes graves têm essa necessidade de conhecimento prático. Nós da enfermagem, se não tivermos conhecimento prático, nós somos zero no atendimento de emergência. Até porque é diferente a prática da teoria. Não existe a prática é igual à teoria (E5).

Hum...não vou te dizer baseado na minha vida, na minha faculdade [risos] risos, porque eu nem me lembro mais, é baseado no meu conhecimento prático mesmo que eu faço o gerenciamento, porque eu nunca fiz nenhum curso sobre gerenciamento depois da formação acadêmica (E6).

[...] principalmente, a prática, ter experiências anteriores que ajudam no dia-a-dia a resolver as situações. Saber como funcionam outros lugares para poder trazer alguma novidade para o teu serviço, para implantar e melhorar o trabalho (E16).

As falas acima apresentadas sugerem que o gerenciamento do cuidado no serviço de emergência configura-se como um conhecimento tácito. Trata-se daquele conhecimento que é pessoal, específico a um determinado contexto e, assim, difícil de ser formulado e comunicado, pois é desenvolvido no dia-a-dia da prática de enfermagem. Apesar da sua importância diante da complexidade que envolve as ações de enfermagem, o conhecimento tácito é um recurso que precisa ser gerenciado para atingir plenamente os objetivos profissionais e organizacionais⁽¹¹²⁾.

É importante lembrar que as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Enfermagem recomendam que o profissional desenvolva, ao longo da sua formação, competências apoiadas em uma base sólida de conhecimentos dos saberes da administração, tais como: as teorias administrativas, as ferramentas específicas da gerência, o processo de trabalho, o gerenciamento de pessoas, o conhecimento sobre cultura e poder organizacional, o gerenciamento de recursos materiais, o sistema de informação e o processo decisório⁽¹¹³⁾.

Alguns enfermeiros mencionaram, durante as entrevistas, a importância do desenvolvimento de saberes de natureza teórica para o gerenciamento de cuidado,

por meio da realização de leituras e cursos de pós-graduação relacionados à área de administração/gerenciamento em saúde e enfermagem.

Eu acredito que a própria formação da graduação do enfermeiro hoje já forma profissionais para o gerenciamento, toda a parte teórica, a técnica e a prática (E10).

Principalmente, o que eu procuro é ler sobre relações interpessoais, relação com a equipe de trabalho, maneiras de motivação da equipe [...] (E12).

Na verdade eu tenho pós em administração e isso me ajuda no gerenciamento [...] (E17).

A realização de leituras sobre relacionamento interpessoal, trabalho em equipe, bem como a procura por cursos de especialização em Administração em Enfermagem expressam a busca dos enfermeiros pelo conhecimento explícito, que é aquele transmitido em linguagem formal e sistemática e registrado em livros, revistas científicas e manuais, por exemplo⁽¹¹²⁾.

O tempo de atuação no serviço de emergência é citado pelos enfermeiros como um aspecto que facilita o gerenciamento, pois proporciona maior conhecimento sobre o funcionamento da unidade e ensina os momentos mais oportunos e as formas adequadas para se expressar e se posicionar.

Acho que com o passar dos anos tu vai aprendendo a melhor forma e a melhor hora de falar e consegue fazer um gerenciamento [...] de uma forma tranquila. Essa forma tranquila tu vai aprendendo à medida que tu vai aprendendo a trabalhar, conhecer o teu grupo de trabalho, saber onde é mais fácil chegar [...] (E1).

[...] a emergência tem toda uma engrenagem que com o passar do tempo a atuação no setor tu vai passando a conhecer, uma das coisas é o tempo, então a forma como tu trabalha aqui dentro e tu vai aprendendo os processos no dia-a-dia, não é uma coisa que tu aprende em uma semana, tem toda aquela habilidade que tu vai desenvolvendo com o passar do tempo (E14).

[...] eu já estou aqui há dez anos, conheço o serviço, conheço o tipo de paciente que procura por atendimento. Então, tem um pouco do know-how e do conhecimento (E15).

É a experiência que te dá mais segurança para tu gerenciar (E20).

A experiência profissional dos enfermeiros no serviço de emergência facilita a aprendizagem operacional, ou seja, aquela relativa à aquisição de habilidades

(*know-how*) e o desenvolvimento da capacidade física tendo em vista a produção de ações. Porém, esse tipo de aprendizagem não conduz ao "raciocínio por trás do porquê as coisas são feitas". Tal compreensão corresponde à aprendizagem conceitual, que se refere a aquisição de *know-why* e implica o desenvolvimento da capacidade de articular experiências e conhecimentos conceituais⁽¹¹⁴⁾.

Seguindo a mesma linha de pensamento, conhecer a estrutura do serviço de emergência, as características do grupo de trabalho, os materiais disponíveis e onde eles estão localizados foram os aspectos mais importantes citados pelos enfermeiros para o gerenciamento do cuidado no serviço de emergência.

[...] saber onde estão as coisas, ter domínio do local, eu sei onde estão os materiais, eu sei onde estão as macas, quando tem uma urgência eu sei com quem contar, eu sei quem são as pessoas disponíveis (E1).

Acho que é importante conhecer a distribuição da casa, conhecer o teu grupo de trabalho, quem são os técnicos de enfermagem, ter uma noção de quanto cada um deles consegue render. Isso de conhecer a tua equipe é uma coisa fundamental, saber o quanto pode cobrar de cada um e respeitar os limites de cada um (E7).

O conhecimento da estrutura física e dos materiais/equipamentos disponíveis do serviço de emergência é parte dos instrumentos do processo de trabalho gerencial do enfermeiro e favorece o gerenciamento do cuidado, pois o desconhecimento da realidade do setor é um dos aspectos que dificulta a prática gerencial no trabalho em emergência⁽¹⁰⁹⁾.

Apesar de alguns enfermeiros citarem aspectos relevantes na prática do gerenciamento do cuidado e destacarem a importância do desenvolvimento de habilidades e conhecimentos gerenciais, um dos participantes do estudo referiu no seu depoimento que o potencial para gerenciar está relacionado diretamente às características da personalidade das pessoas.

Eu acho que gerenciamento vai da pessoa, na faculdade tu aprende que tu tem que...[pensa um pouco] nem me lembro mais, porque faz tanto tempo que tive a matéria de gerenciamento, mas acho que vem da pessoa, tu tem que saber se impor, saber ser firme, vem da personalidade, se tu é uma pessoa mais tímida, que não sabe se colocar, é claro que o técnico vai fazer e acontecer contigo, vai se aproveitar, acho que gerenciamento parte disso (E20).

A crença de que a personalidade influencia o perfil gerencial dos indivíduos no trabalho já foi alvo de várias discussões, especialmente no âmbito das ciências administrativas. Algumas características individuais e de personalidade, por exemplo, favorecem o desenvolvimento de funções gerenciais, tais como capacidades de: planejamento, análise, iniciativa, integração humana/trabalho em equipe e relacionamento humano⁽¹¹⁵⁾. No entanto, quando há interesse e empenho pessoal, o potencial para o gerenciamento pode ser aprimorado por meio do desenvolvimento constante de habilidades e atitudes inerentes à execução das atividades gerenciais e às exigências dos cenários de atuação.

Muitos enfermeiros não têm noção sobre o seu papel como gerentes do cuidado em virtude da fragilidade, limitação de conhecimento e inexperiência para o exercício da gerência. Esses profissionais necessitam aprofundar seu conhecimento sobre o universo organizacional, seus meandros, suas relações com os agentes internos e externos, quais valores refletem-se na visão e missão institucional a fim de aprimorar a dimensão gerencial que exercem⁽¹¹⁶⁾.

A subcategoria ora finalizada apresentou as concepções dos enfermeiros sobre o gerenciamento de enfermagem. Destacou-se, entre as concepções dos participantes da pesquisa, a complementaridade entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho dos enfermeiros, o que favorece o gerenciamento do cuidado, por meio do estabelecimento de prioridades para o atendimento e o desenvolvimento de estratégias para superar as dificuldades presentes no cotidiano de trabalho no serviço de emergência.

5.2.2 Planejamento e realização do cuidado

O planejamento como um instrumento do processo de trabalho gerencial do enfermeiro pode ser definido como o exercício contínuo de fazer escolhas e elaborar planos para realizar ou colocar uma determinada ação em prática. Nesse sentido, planejar envolve constante diálogo entre os envolvidos na situação, para que o planejamento seja responsivo à realidade na sua dinamicidade⁽¹¹⁷⁾.

A atuação dos enfermeiros no planejamento e na realização do cuidado foi identificada por meio da execução de procedimentos técnicos de enfermagem, da

aplicação do processo de enfermagem, do controle sobre a realização dos exames laboratoriais e radiológicos e das decisões quanto à entrada e permanência dos familiares dos pacientes no serviço de emergência.

Os principais procedimentos técnicos de enfermagem realizados pelos enfermeiros no serviço de emergência são aqueles que lhe são privativos, com destaque para sondagem vesical de demora, sondagem nasoentérica e punção de acesso venoso periférico daqueles pacientes mais debilitados ou quando solicitado pelos técnicos de enfermagem e dos pacientes de alto risco durante o atendimento no box de urgência.

Na SIB/SO1, técnico de enfermagem solicita ao enfermeiro que puncione paciente idoso que perdeu seu acesso venoso, pois ele já tentou duas vezes realizar o procedimento e não obteve êxito (OBS5).

Na UV/SI, enfermeiro aspira vias áreas de um paciente (OBS10).

Na SO2, enfermeiro organiza o material e se dirige até o leito de um dos pacientes para realização de sondagem vesical de demora (OBS12).

Estudo sobre a prática assistencial do enfermeiro em um Serviço de Pronto Atendimento identificou que a realização de cuidados técnicos não se configura como uma rotina dos enfermeiros. Esses cuidados são desenvolvidos, principalmente, quando o paciente encontra-se em uma situação crítica que inspira maiores cuidados ou diante da dificuldade dos funcionários em realizá-los⁽¹¹⁸⁾.

A realização do processo de enfermagem possibilita aos enfermeiros a avaliação das condições de saúde dos pacientes e, desse modo, o planejamento e direcionamento das ações terapêuticas que serão empreendidas em prol da sua recuperação, bem como a delegação de atividades para equipe de enfermagem.

[...] toda essa parte do processo de enfermagem, mesmo com todas as coisas que tem para fazer, é um diferencial porque tu vai lá, olha o paciente, avalia (E2)

Na UP, enfermeiro passa de leito em leito, conversa com o acompanhante e com as crianças, quando elas podem fornecer informações sobre seu estado de saúde. Ele colhe dados para realização do processo de enfermagem. Questiona sobre alimentação, sono e repouso, alterações recentes e outros aspectos conforme o caso de cada paciente. Realiza rápido exame físico, checa a presença e o estado dos acessos venosos. As informações

obtidas são registradas na lista dos pacientes que ele carrega em uma prancheta (OBS16).

Na SO2, observo que o enfermeiro questiona um técnico de enfermagem se ele já realizou o curativo de um determinado paciente, conforme consta na prescrição de enfermagem (OBS20).

De forma semelhante, na opinião de enfermeiros que atuam em um pronto-socorro, a sistematização da assistência de enfermagem por meio do processo de enfermagem configura-se, como uma ferramenta gerencial que auxilia no planejamento do trabalho e na organização das ações da equipe de enfermagem^(71,109). O processo de enfermagem pode ser entendido como uma prática de gerenciamento do cuidado, na qual o profissional articula o seu fazer gerencial e assistencial para atender às necessidades de cuidado dos pacientes e ao mesmo tempo da equipe de enfermagem e da instituição⁽⁶⁾.

No entanto, em um dos depoimentos, o processo de enfermagem foi considerado como uma atividade burocrática cobrada pela instituição e que afasta o enfermeiro do paciente.

O processo de enfermagem é uma atividade burocrática, uma cobrança da instituição [...]. Se não fosse essa parte burocrática, a gente poderia estar mais com o paciente (E4).

A fala desse enfermeiro pode ser explicada, em parte, pela informatização do processo de enfermagem, que requer o registro eletrônico das informações sobre a situação e condição de saúde dos pacientes, obtidas por meio de anamnese e exame físico, a partir das quais são gerados indicadores de qualidade assistencial. Embora a informatização diminua o tempo gasto na realização do processo de enfermagem e possibilite ao enfermeiro maior disponibilidade para a execução de tarefas assistenciais, muitos profissionais que não dominam a utilização de recursos tecnológicos podem considerar o seu uso uma tarefa mais dispendiosa e até mesmo enfadonha⁽¹¹⁹⁾.

A execução do processo de enfermagem no contexto hospitalar, além de cumprir com uma normatização da Lei do Exercício Profissional, torna evidente o papel do enfermeiro como gestor do cuidado, pois permite a implementação de um plano de cuidados de enfermagem e uma avaliação constante do serviço prestado. Além disso, a realização sistematizada da assistência de enfermagem possibilita a qualificação e o melhor direcionamento dos cuidados de enfermagem na busca de

resultados específicos visando ao atendimento das necessidades do indivíduo, o que pode colaborar para redução do período de hospitalização^(119,120).

Para avaliação e monitorização das condições de saúde dos pacientes, os exames laboratoriais e radiológicos são instrumentos diagnósticos amplamente utilizados nos serviços hospitalares de emergência. Dessa feita, os enfermeiros, como responsáveis pelo gerenciamento da produção do cuidado, estão sempre atentos aos exames realizados ou por realizar pelos pacientes.

[...] controle dos exames, também é uma parte gerencial, procura olhar todos os exames dos pacientes, para ver se está faltando algo (E11).

[...] ver se o exame está pronto ou não e porquê [...] (E16).

O enfermeiro da SIB/SO1 percebe que o funcionário responsável pela realização dos eletrocardiogramas está na unidade, pois foi chamado para um atendimento no box de urgência. Ele vai até o funcionário e pede para que ele realize três exames em pacientes que estão aguardando pelo procedimento desde o turno da tarde [agora são 20h50min] (OBS23).

Os resultados dos exames laboratoriais e radiológicos dos pacientes na emergência são de suma importância para as decisões clínicas que envolvem, por exemplo, a alta hospitalar de um paciente ou a indicação de que ele inspira maiores cuidados e uma monitorização mais contínua. Isso explica a preocupação dos enfermeiros em controlar a realização dos exames diagnósticos prescritos aos pacientes na emergência.

O planejamento e a realização do cuidado contemplam não só a relação dos enfermeiros com os usuários, mas também com os familiares dos pacientes/acompanhantes dos pacientes, pois cabe a esses profissionais, via de regra, decidir quanto à entrada e permanência deles no serviço de emergência.

[...] tem um número x de familiares, é óbvio que tem vezes que extrapola e a gente tem que ter flexibilidade, porque a gente sabe que é importante para o paciente. Mas daqui a pouco tem uma urgência e tem que mandar tirar. E aí o familiar não gosta, o paciente não gosta, e eu não fico nem um pouco melindrada de ter que mandar sair [...] (E1).

[...] envolve muito a questão de gerenciar os familiares, uns tu tem que deixar aqui dentro, outros tu tem que pedir para sair [...] (E20).

Os enfermeiros reconhecem que a visita dos familiares é importante para a recuperação dos pacientes em emergência. Entretanto, diante de algumas situações, como o atendimento a uma urgência, a presença deles na unidade pode se tornar um empecilho à realização do trabalho. Sendo assim, a presença dos familiares no serviço de emergência configura-se como uma questão controversa entre os enfermeiros.

[...] a atenção à família é um problema aqui na emergência. É papel do enfermeiro, mas os enfermeiros não querem assumir esse papel, acham que o lugar do familiar é lá fora. Claro que agora a gente está num momento diferente com a questão da gripe, tem restrição de pessoas. Mas quando não tinha isso era uma briga já. Eles não querem que os familiares entrem. Há enfermeiros que dizem que não deveria haver visita na emergência. Então, como tu vai falar de humanização se tem colegas aqui que pensam que uma pessoa vai ficar aqui dentro 10 dias sem entrar familiar para visitar? (E2).

[...] eu tenho muita dificuldade de lidar com os familiares, não sei nem se é dificuldade, mas o que eu vejo é que as pessoas, às vezes, não conseguem entender determinadas normas e regras que tem que ser seguidas no hospital, para a gente conseguir trabalhar. Eu acho que os familiares, talvez até poderiam receber uma atenção diferente, mas no momento os familiares ficam pressionando, exigindo procedimentos que tu não consegue fazer, que os funcionários não conseguem fazer porque não tem tempo [...] (E15).

A dificuldade de interação entre familiares de pacientes de unidades críticas de saúde e profissionais de enfermagem é uma questão bastante discutida no meio acadêmico. Atender às necessidades dos familiares e orientá-los são duas das atividades mais estressantes dos enfermeiros de pronto socorro dos hospitais brasileiros, o que pode conduzir os profissionais à despersonalização e ao distanciamento do problema como estratégias de enfrentamento, de tal forma que a atenção fica centrada no desempenho técnico e direcionada, principalmente, aos pacientes^(102,121,122).

É importante sensibilizar os profissionais, e em especial a equipe de enfermagem, para que incluam a família no seu projeto terapêutico. O tipo de informação fornecida aos familiares de pacientes em situações de emergência, a interação e o padrão de comunicação estabelecidos com a equipe de atendimento podem potencializar ou amenizar o estresse e sofrimento⁽¹²²⁾.

Além disso, a adequação de planta física das unidades de emergência hospitalares com acolhimento baseado na classificação de risco, favorecendo o

atendimento individualizado e acolhedor tanto ao cliente quanto aos familiares é uma das prerrogativas da Política Nacional de Atenção às Urgências⁽⁵⁰⁾. Destaca-se, portanto, a necessidade dos enfermeiros desenvolverem ações que possibilitem a percepção, por toda a equipe, da necessidade de cuidar também da família e fomentar o desenvolvimento de habilidades relativas a esse cuidado, como, por exemplo, a utilização da comunicação com finalidade terapêutica.

5.2.3 Previsão e provisão de recursos

As atividades de previsão e provisão de recursos, sejam eles materiais ou de pessoal para o trabalho, são diretamente relacionadas no trabalho do enfermeiro. Elas envolvem a identificação, o suprimento e o fornecimento dos insumos que serão necessários para que o cuidado se processe. As principais práticas gerenciais dos enfermeiros visando à previsão e provisão de recursos para produção do cuidado no serviço de emergência são: elaborar a escala mensal de funcionários, realizar a distribuição diária dos funcionários e gerenciar os recursos materiais.

A elaboração da escala mensal e distribuição diária dos funcionários apareceram com relevância entre as atividades gerenciais dos enfermeiros, sendo comentadas por 15 dos participantes do estudo. A escala mensal é a distribuição dos profissionais da equipe de enfermagem durante todos os dias do mês e turnos de trabalho da unidade. A escala diária envolve a divisão equitativa das atividades de enfermagem entre os integrantes da equipe de forma a garantir a realização da assistência de enfermagem sem gerar sobrecarga ou ociosidade aos funcionários⁽⁸⁾.

Checar escala para ver se os funcionários estão de acordo com número de pacientes (E4).

Principalmente, controlar a escala dos técnicos [...] (E16).

A escala de funcionários, ver se está adequado o número de funcionários de acordo com o número de pacientes (E20).

A realização das escalas mensal e diária de trabalho é alternada entre os enfermeiros sob a forma de rodízio, de tal forma que cada um assume a responsabilidade por confeccioná-las em cada mês. Considerando a dinamicidade

do trabalho em emergência, a distribuição diária dos funcionários entre os setores da unidade está sempre sujeita a modificações, pois os técnicos de enfermagem podem ser deslocados de uma área para outra conforme o aumento ou diminuição do número de pacientes ao longo de um turno de trabalho.

Aqui a gente tem uma rotina que cada enfermeiro elabora a escala mensalmente, fica com aquela função de ver as escalas de folga e as escalas diárias de trabalho. Isso já divide as tarefas, não fica sobrecarregado em um só. Gerenciar escala é bem complicado, tem que ver se não vai faltar ninguém, cuidar as licenças saúde dos funcionários. E tem muitos funcionários e cada um tem a sua função, tem um que fica responsável pela farmácia e os medicamentos, outro pelos materiais, isso dos materiais é importante porque apesar dos setores que tem aqui, a unidade é uma só (E9).

Desde o momento da chegada, verificar escala, porque pode acontecer de não ter tido essa comunicação de fulano não vem ou fulano fez uma troca e a troca não veio. Gerenciar para saber quantos pacientes tem em cada sala, para que não fique um número de técnicos a mais ou a menos do que necessitaria, e daí tu podes deslocar isso e jogar as pessoas de uma sala para outra, para poder trabalhar melhor (E14).

Após a passagem de plantão, a enfermeira que está na pediatria procura pelos demais enfermeiros do serviço de emergência e diz a eles:

- Enfermeira da Pediatria: -“Eu estou com a pediatria lotada, tem consulta agendada até a meia-noite e só estou com uma funcionária”

- Enfermeiro SO1 e SIB: “Eu também, tu já viu como está a SIB?”

- Enfermeira Pediatria: -“Eu vou bipar a supervisora, tem que tirar gente dos andares que ficam se abanando a noite inteira e trazer para cá trabalhar”.

A enfermeira da pediatria bipa a supervisora. Quando a supervisora retorna a ligação, ela descreve a situação da emergência, comenta da superlotação, da falta de funcionários e questiona a possibilidade de descer algum dos técnicos de enfermagem dos andares para a emergência. A supervisora orienta que ela fale primeiro com a chefia da unidade e tente chamar alguém da equipe para cobrir o funcionário que está faltando. A enfermeira da UV, então, conversa com uma das técnicas de enfermagem da tarde que ainda estava na unidade e pede se ela não poderia ficar à noite também. A funcionária aceita ficar até 1h, e uma outra técnica se dispõe a vir entre 1h e 7h, se não tiver que trabalhar na tarde do dia seguinte. Elas fazem esse acordo, e a enfermeira consegue completar a escala (OBS 22).

A correta elaboração das escalas e distribuição dos funcionários garante que em cada setor da emergência tenha um número suficiente de trabalhadores de enfermagem, conforme o quantitativo de pessoal disponível. Para tanto, os

enfermeiros precisam atentar às folgas e trocas efetuadas entre os funcionários, designar os técnicos responsáveis pelas atividades específicas, como a busca de medicamentos na farmácia e a higienização dos materiais. Os enfermeiros também precisam avaliar e trocar informações constantemente sobre o ritmo de trabalho nos diferentes setores da emergência, para efetuar trocas conforme as mudanças que vão ocorrendo ao longo do turno.

A elaboração de escalas de trabalho, como atividade inerente ao cotidiano gerencial do enfermeiro, é fundamental na organização e divisão do trabalho no contexto hospitalar⁽⁶⁾. A partir da preocupação dos enfermeiros com a elaboração das escalas mensais e diárias de trabalho, pode-se identificar o dimensionamento de pessoal como um importante instrumento gerencial empregado por esses profissionais no trabalho no serviço de emergência. O dimensionamento de pessoal é um processo sistemático que fundamenta o planejamento e a avaliação do quantitativo e qualitativo de pessoal de enfermagem necessário para prover os cuidados de enfermagem, que garantam a qualidade, previamente estabelecida a um grupo de pacientes, de acordo com as singularidades de cada serviço e a filosofia e estrutura da organização⁽¹²³⁾.

Associado às atividades de dimensionamento de pessoal da unidade, também se destaca a conferência do Ronda, que é um sistema de controle da frequência e do cartão-ponto dos técnicos de enfermagem adotado pelo hospital em que o estudo foi realizado, como uma atividade gerencial que eles desenvolvem.

[...] eu gerencio a escala do meu turno, o Ronda, que eu te falei, o cartão ponto deles (E1).

Eu faço escala do mês, Ronda, [...], a escala da semana, nós fazemos o rodízio. Então, é gerenciamento também, gerenciamento dos períodos de férias e de licenças, se o funcionário foi e voltou, todo esse controle (E11).

A elaboração de escalas e cobertura de turnos com déficit de pessoal faz parte do cotidiano de trabalho dos enfermeiros e evidencia a importância do planejamento da assistência de enfermagem como um instrumento gerencial do enfermeiro diante da instabilidade que envolve a rotina e a demanda de atendimentos na emergência⁽¹⁰⁹⁾.

O gerenciamento dos recursos materiais expresso pelo controle da quantidade e qualidade dos materiais e equipamentos existentes no serviço de emergência foi citado como atividade gerencial por 13 enfermeiros.

Revisando o box, tem que estar tudo pronto, não tem como tu correr para farmácia ou buscar um material quando está atendendo paciente (E4).

[...] Então, o principal mesmo é ver materiais [...] (E9).

[...] tem que a parte dos materiais, acabo até sendo meio chata às vezes, o Box principalmente, eu vou olho, reponho os materiais, embora isso não seja função específica do enfermeiro, eu vou e faço, porque quando chega uma emergência, tem que estar tudo pronto, completo, senão é aquela correria, falta uma coisa, falta outra (E13).

[...] a partir da passagem de plantão ali na Unidade Vascular sim existem tarefas para fazer: abrir controlados, verificar a geladeira do sangue, revisar carro de parada, verificar se o box de urgência está completo, se tu tem material para trabalhar [...] (E14).

O gerenciamento de recursos materiais é fundamental para garantir a qualidade da assistência. Ele envolve o fluxo de atividades de programação (classificação, padronização, especificação e previsão de materiais), compra (controle de qualidade e licitação), recepção, armazenamento, distribuição e controle, com o objetivo de garantir que a assistência aos usuários não sofra interrupções por insuficiência na quantidade ou na qualidade de materiais⁽¹²⁴⁾.

A previsão da quantidade de material gasto pela unidade e uma análise para verificar a suficiência dos materiais é uma das principais ações gerenciais descritas em um estudo sobre o papel do enfermeiro de UTI no gerenciamento de recursos materiais⁽¹²⁵⁾. De forma semelhante, a preocupação com o controle dos materiais e equipamentos associado ao gerenciamento de custos para a instituição é um dos achados de uma pesquisa sobre o processo de trabalho gerencial no contexto hospitalar⁽⁶⁾.

No entanto, apenas um dos enfermeiros desta pesquisa referiu preocupação com o controle dos custos.

[...] eu acho que o desperdício de material é muito grande, aqui na emergência não se tem uma controle, tu vai no almoxarifado e tem material disponível, claro que para mim isso é bom, mas é muito gasto para o hospital que poderia gastar esse dinheiro em outras coisas (E15).

A grande disponibilidade de materiais no serviço de emergência é citada pelo depoente como um aspecto que facilita o trabalho. Porém, pode conduzir ao uso irracional e onerar os recursos da instituição. A presença de grandes estoques de alguns materiais ocasiona, além da perda de capital decorrente dos problemas que surgem devido a falta de controle de estoque, a falta desse mesmo capital para a compra de outros materiais e equipamentos que possam estar em falta. Diante disso, é impossível não pensar em controle de custos no contexto hospitalar, principalmente dos materiais de consumo, grande parte consumidos pela equipe de enfermagem, a qual deve ter ciência do custo dos materiais, pois essa é uma das maneiras de despertar entre os profissionais o interesse pelo assunto e estimular o uso adequado dos materiais⁽¹²⁶⁾.

Se a quantidade de materiais não constitui um problema para o gerenciamento do cuidado, o número de macas disponíveis no serviço de emergência preocupa os enfermeiros e se repercute nas suas práticas gerenciais. Diante dessa limitação estrutural, é comum os enfermeiros solicitarem macas extras às unidades de internação para deitar os pacientes mais debilitados e/ou acomodá-los nos consultórios para que possam descansar um pouco à noite.

[...] então, superlotou? precisa de mais macas? a gente pede nos andares emprestado (E1).

Procurar ver os pacientes que têm mais restrição para tentar uma maca, que não é o mais adequado, mas é o que nós podemos oferecer no momento, de repente colocar um cliente no consultório para descansar à noite, o que não é nem viável fazer, mas a gente faz para promover um pouco mais de conforto para o paciente. Então, são por meio dessas pequenas ações que a gente tenta melhorar a qualidade da assistência dentro da emergência, considerando que aqui o espaço é pequeno para o contingente de pessoas que nós temos (E7).

A enfermeira da UV quer transferir paciente do box de urgência para SO2 e pede auxílio para um técnico de enfermagem:

Enfermeiro: “- Antônio, tem que passar o João para maca!”

Técnico de enfermagem: “- Mas não tem maca!”

Enfermeiro: “- Se maca é o problema a gente resolve” [vai até o lado de fora da unidade procurar por uma maca, geralmente há macas e cadeiras de roda no corredor que dá acesso à unidade]

Enfermeiro: “- Ali fora não tem, mas vou ligar para as unidades e pedir uma maca emprestada”

Depois da terceira ligação, ele comenta comigo: “- Ninguém quer nos emprestar uma maca, acho que a gente já ocupou todas as macas do hospital”. O enfermeiro faz mais duas tentativas e na quinta chamada consegue uma maca e comemora: “- Consegui! Quem

procura sempre encontra!”. Sorridente e entusiasmado, ele comunica o técnico de enfermagem e solicita que ele busque a maca (OBS 20).

O plantão noturno está começando, o enfermeiro responsável pela SIB e SO1 está parado no início do corredor que dá acesso às unidades, checando informações na lista impressa dos pacientes. Um médico aproxima-se do enfermeiro, aponta para uma senhora idosa sentada em uma cadeira de rodas na SO1 e diz: “- Está vendo aquela paciente? Ela é o teu desafio de hoje, teu desafio é conseguir uma maca para ela!”. O enfermeiro responde: “- Tá bom, doutor!”. Depois que o médico se afasta, ele olha para mim, balança a cabeça lateralmente, esboça um sorriso e esbraveja em tom de voz baixo: “- Não vem me estressar uma hora dessas, que ainda é cedo!”. Cerca de 10 minutos depois, ele procura por outro médico e pergunta se um determinado paciente poderia ficar sentado, pois estava precisando da maca para que outro paciente deitasse. O médico concorda e comenta que aquele paciente havia chegado em uma cadeira de rodas e os familiares disseram que ele caminhava um pouco. Então, o enfermeiro, com a ajuda de um técnico de enfermagem, coloca o paciente em uma cadeira de rodas e libera a maca para a senhora que o médico havia pedido (OBS6).

A falta de macas para todos os pacientes do serviço de emergência confere aos enfermeiros a difícil atribuição de decidir quais pacientes serão acomodados nelas. Os médicos, com frequência, solicitam que os enfermeiros providenciem macas para os pacientes mais graves e debilitados deitarem. Para isso, eles procuram solicitar macas emprestadas ou transferir pacientes de macas para cadeiras e vice-versa.

Portanto, conclui-se que as práticas gerenciais dos enfermeiros visando à previsão e provisão de recursos para produção do cuidado no serviço de emergência não se constitui em uma tarefa fácil, pois diante do grande número de atendimentos e da superlotação, os recursos nem sempre são disponíveis na quantidade adequada. As principais atividades gerenciais destacadas nesta subcategoria foram a elaboração da escala mensal de funcionários, realização da distribuição diária dos funcionários e avaliação da quantidade e qualidade do material existente no serviço de emergência.

5.2.4 Supervisão, liderança e capacitação da equipe de enfermagem

As atividades dos enfermeiros relacionadas à supervisão, liderança e capacitação da equipe de enfermagem integram um importante eixo do gerenciamento do cuidado em emergência, tendo em vista a grande quantidade de atividades que são desenvolvidas pelos técnicos de enfermagem sob coordenação dos enfermeiros.

A importância da supervisão e avaliação das atividades desenvolvidas pelos técnicos de enfermagem foi identificada em 10 relatos.

Independente de a gente não ser vista como responsável direta dos funcionários, a gente é a chefia deles no turno [...], então tem que ver se eles estão fazendo as suas funções corretamente, se eles não estão ficando muito tempo no intervalo ou alguma coisa que eles não perceberam no paciente e precisa ser feito (E3).

Principalmente, coordenar o que os técnicos devem ou não fazer. Muitas vezes, eles estão com um número elevado de pacientes, e não tem noção do que é prioridade, então tem que passar para eles quais são as prioridades, dizer o que tem que ver primeiro e o que ver depois (E16).

O enfermeiro está no comando, ele tem que ter uma visão mais ampla [...], entra a supervisão dos técnicos para ver se eles estão realizando um bom trabalho [...] (E17).

[...] gerenciar essa questão de que, às vezes, o técnico se passa em algumas coisas que ele não fez [...] (E20).

A principal preocupação dos enfermeiros é se os técnicos de enfermagem estão cumprindo corretamente com suas atividades e conseguindo elencar aquelas que são prioritárias diante da grande demanda de trabalho no serviço de emergência. Essa preocupação remete à utilização da supervisão como um instrumento do processo de trabalho gerencial do enfermeiro em emergência. Entendida como responsável por promover a reflexão e a discussão sobre a execução da prática com base no acompanhamento do cotidiano do trabalho, a supervisão, no entanto, é lembrada pelos enfermeiros apenas na sua dimensão de controle, que se direciona ora para o trabalhador ora para o processo de trabalho, na verificação do que foi realizado. Resultados semelhantes aparecem descritos em uma

pesquisa sobre o trabalho gerencial de enfermeiros de um hospital privado de São Paulo⁽⁶⁾.

Para avaliar a qualidade do cuidado prestado pelos técnicos aos pacientes, os enfermeiros procuram checar se as atividades prescritas estão sendo realizadas e se os medicamentos estão sendo administrados da forma e horários corretos.

[...] eu procuro sempre avaliar se o paciente está sendo bem atendido, se o cuidado está sendo bem feito, se tudo que está na prescrição está sendo feito direitinho [...] (E17).

[...] ver se o paciente está sendo bem atendido, se o cuidado está sendo prestado corretamente, se tem a medicação (E18).

A fim de alcançar a qualidade e eficácia do cuidado, além de conferir a realização das atividades prescritas, é essencial ouvir também o paciente. Colocar o cidadão no centro do processo de avaliação das ações e serviços de saúde é, aliás, uma das principais proposições do Sistema Único de Saúde (SUS). Entretanto, não houve menções, entre os enfermeiros, quanto à participação dos pacientes e/ou familiares/acompanhantes na avaliação dos cuidados que lhes são prestados no serviço de emergência.

A liderança é um dos principais instrumentos do enfermeiro para a gerência dos processos de trabalho, coordenação e articulação das atividades que envolvem a produção do cuidado em saúde e enfermagem, bem como dos profissionais que as desempenham⁽¹²⁷⁾. Três enfermeiros citaram que liderar a equipe de enfermagem é uma prática gerencial importante no cotidiano de trabalho do enfermeiro no serviço de emergência.

[...] tu conseguir ser líder da tua equipe, que a tua equipe te veja como um líder [...] (E2).

[...] eu vejo como ponto chave o enfermeiro ser líder, porque tudo que acontece aqui é o enfermeiro, se o paciente caiu é o enfermeiro, se não tem papel é o enfermeiro, acho que o enfermeiro tem que aprender a liderar e comandar toda a unidade, porque ele tem como papel ser o integrador de todas as equipes (E8).

[...] na questão da liderança é buscar o grupo para trabalhar contigo, na UV/SI isso é bem tranquilo, sempre ficam os mesmos e a gente tem uma dinâmica boa de trabalho [...] (E19).

A liderança auxilia o enfermeiro no gerenciamento do cuidado, pois favorece o planejamento da assistência, a coordenação da equipe de enfermagem, a delegação e distribuição de atividades. Ela também é importante para o bom funcionamento da unidade, tendo em vista a centralidade dos enfermeiros e o papel articulador e integrador que é exercido por eles na unidade de emergência. De forma semelhante, na opinião de enfermeiros de um pronto socorro, a liderança é uma competência gerencial essencial, em decorrência da dinâmica do trabalho em emergência⁽¹⁰⁹⁾.

Quanto à realização de capacitações com a equipe de enfermagem, elas foram citadas por três depoentes para exemplificar suas atividades gerenciais no serviço de emergência.

[...] tem toda a questão gerencial com os técnicos de enfermagem, dos treinamentos (E2).

[...] promover ações de ensino, de qualificação para a equipe técnica, para poder prestar um atendimento de uma forma mais adequada para o cliente (E7).

Nas falas dos enfermeiros, a realização de capacitações com a equipe de enfermagem aparece como uma estratégia para melhorar o atendimento aos pacientes. Resultado similar está descrito em uma pesquisa sobre a assistência de enfermagem na sala de emergência de uma Unidade de Atendimento Pediátrico, na qual a educação continuada da equipe de enfermagem é utilizada pelos enfermeiros como estratégia para garantir a qualidade do cuidado emergencial⁽¹⁹⁾.

Em relação a esse ponto, com base em algumas das observações, como a descrita a seguir, pode-se apontar a necessidade da realização de capacitações com a equipe de enfermagem voltadas à transposição do modelo tradicional de trabalho centrado no tecnicismo, com a abordagem de aspectos relacionados à humanização no atendimento, centralidade do usuário na organização dos processos de trabalho em saúde e utilização da comunicação como um instrumento terapêutico.

Na SIB, durante o horário de visitas, um paciente, após o término da medicação que lhe havia sido prescrita, pergunta para um técnico de enfermagem como ele faz para conversar com o médico para saber se ficará internado e orientar sua família quanto a deixá-lo ali ou esperar para levá-lo. O técnico de enfermagem responde, sem olhar o paciente: "aqui tu é paciente, tu não fala com o médico, é o médico que fala contigo, tu tem que ficar no teu lugar e esperar ele

aparecer". O paciente retorna para o seu lugar e eu não consigo acreditar no que ouvi (OBS35).

As mudanças no processo de trabalho da equipe de enfermagem, visando tornar o cuidado aos pacientes mais efetivo com base nos princípios da humanização, surgem da vontade individual de cada profissional, da capacidade de fomentar a consciência da necessidade de mudança por parte do enfermeiro e pela adoção de medidas institucionais que garantam a efetividade dessas mudanças. Para tanto, as práticas de educação permanente podem ser utilizadas como instrumento facilitador⁽¹²⁸⁾.

O Hospital preconiza a realização de ações de educação permanente com os funcionários por meio de rodas de conversa. Entretanto, um dos participantes do estudo ainda associa as práticas educativas a ações de educação continuada, em que as capacitações são reduzidas a treinamentos periódicos embasados em metodologias tradicionais.

O gerenciamento de enfermagem envolve treinar a equipe, ter a equipe capacitada para que eles trabalhem com autonomia (E8).

Pela forma como o enfermeiro se refere à importância de treinar a equipe, pode-se inferir a utilização da educação como um instrumento gerencial que visa formatar condutas e determinados modos de agir e produzir atos de cuidado no serviço de emergência. Assim, o trabalhador, ao invés de ter potencializada sua autonomia, tem, muitas vezes, a expressão de sua subjetividade cerceada.

Nesse sentido, cabe esclarecer as distinções entre as concepções de educação permanente e educação continuada. A educação continuada envolve atividades de ensino realizadas com tempos determinados e lugares específicos, por meio da transmissão de conhecimentos de forma passiva, sem resultar, necessariamente, em mudanças na prestação dos serviços. Em contrapartida, a educação permanente utiliza a metodologia da problematização e a aprendizagem significativa nos processos educativos de trabalhadores de saúde para a melhoria da qualidade dos serviços e a transformação das práticas de saúde e enfermagem. Dessa forma, o processo de trabalho é o gerador das necessidades de conhecimento e das demandas educativas contínuas, que devem ter como referência, as necessidades de saúde dos usuários e da população, da gestão setorial e do controle social em saúde⁽¹²⁹⁻¹³¹⁾.

Estudo sobre as atividades educativas de trabalhadores de enfermagem na ótica da educação permanente evidenciou a predominância de aspectos relacionados à pedagogia tradicional que não fornece subsídios para a reflexão sobre o cotidiano de trabalho e a transformação da prática, reiterando o modelo hegemônico biomédico no trabalho da enfermagem⁽¹³¹⁾.

Os resultados apresentados nesta subcategoria demonstram a necessidade dos enfermeiros reverem suas práticas relacionadas à supervisão da equipe de enfermagem, para que elas se tornem dispositivos na busca da emancipação e desenvolvimento da cidadania dos agentes do processo de trabalho. Para tanto, a liderança, como instrumento gerencial, pode auxiliar os enfermeiros na pactuação de objetivos comuns a serem alcançados e construção de um ambiente de cooperação entre os profissionais de enfermagem.

5.3 Articulação entre os profissionais e trabalho em equipe

O gerenciamento do cuidado é um processo coletivo e complexo que envolve a articulação entre as práticas e os saberes de profissionais de diferentes categorias. Entende-se por articulação as situações de trabalho em que o agente elabora correlações e coloca em evidência as conexões entre as diversas intervenções executadas⁽¹³²⁾.

Os enfermeiros são responsáveis por articular as ações assistenciais que são realizadas no cotidiano dos serviços de saúde. Assim, nesta categoria, destaca-se a participação dos enfermeiros articulação entre os profissionais e no trabalho em equipe visando ao gerenciamento do cuidado no serviço de emergência.

A partir das observações efetuadas e entrevistas realizadas, denota-se que os enfermeiros entendem o trabalho em emergência como um processo coletivo, em que existe uma interdependência e complementaridade entre as atividades dos diversos profissionais que atuam no serviço de emergência. Além disso, como já discutido anteriormente, eles reconhecem sua responsabilidade na articulação e integração das diferentes ações profissionais que envolvem a produção do cuidado no serviço de emergência.

O trabalho do enfermeiro dentro de uma emergência é ter uma visão ampla da assistência, não só do paciente, mas com a equipe de enfermagem, com a equipe terapêutica, que é o psicólogo, médico, farmacêutico, nutricionista, no sentido de buscar um cuidado mais qualificado ao cliente que vem buscar, que por algum motivo ele está aqui [...]. É a enfermagem que faz essa liga para tentar juntar a nutrição com a medicina, com a farmácia, com o raio-x, do tipo, ah, o paciente vai subir para fazer uma eco e um raio-x, fazer agilizar para subir e fazer tudo junto, ele tem uma coleta, então eu punção e já colete, tentar unir para tentar dar uma qualidade maior de atendimento para o paciente, e ao mesmo tempo tentando interagir com a equipe (E7).

No depoimento, o enfermeiro refere que para o gerenciamento do cuidado é necessária uma visão ampla da assistência, que englobe não apenas os cuidados prestados aos pacientes, mas também a equipe de enfermagem e a equipe de saúde, no sentido de articular a atuação desses profissionais e buscar a produção de um cuidado mais qualificado. Pesquisa sobre a assistência de enfermagem em um serviço de emergência pediátrica também evidenciou o papel do enfermeiro como elemento de integração dos saberes e práticas dos profissionais⁽¹⁹⁾.

O papel articulador dos enfermeiros no serviço de emergência é muito bem ilustrado pela fala de um enfermeiro, em que a gerência aparece como uma atividade despercebida que envolve a articulação das ações profissionais da equipe de saúde por meio da comunicação.

É como se eu não estivesse fazendo nada, mas eu vou falar para um, falar para outro, converso numa boa e consigo que eles façam tudo bem [...] (E 13).

A articulação pode ser considerada uma tecnologia utilizada pelos enfermeiros para obter a cooperação dos profissionais com as atividades que envolvem a produção do cuidado no serviço de emergência. Por meio do diálogo e da interação com os componentes da equipe de saúde e enfermagem, os enfermeiros conseguem mediar e negociar a consecução do trabalho, com foco nas necessidades dos pacientes/usuários dos serviços de saúde e da equipe de enfermagem.

Porém, nem todos os enfermeiros utilizam a articulação como uma tecnologia para produção do cuidado no serviço de emergência. Parte do grupo pesquisado acredita que os enfermeiros se envolvem em atividades administrativas que extrapolam sua alçada profissional, referindo-se a elas como um desvio de função.

[...] eu vejo que tem muitos colegas que fazem funções que não é do enfermeiro. Por exemplo, a falta de maca não é uma questão do enfermeiro, mas deitar o paciente em uma maca é função do enfermeiro. Agora quem tem que buscar essa maca não é o enfermeiro. E isso é uma questão que se perde no gerenciamento de enfermagem. Eu acho que o enfermeiro tem assumido muitas coisas que não são dele, que não são responsabilidade do gerenciamento da assistência, e isso atrapalha até no andamento da unidade (E5).

[...] a enfermagem foge um pouco do que ela deveria fazer, a roupa, por exemplo, não é gerenciada por mim, a rouparia sabe que todos os dias tem que me trazer um saco de roupa. Um dia, eles trouxeram só roupas para recém nascido, e eu tenho crianças grandes aqui, então eu tive que ir lá no 10º andar, falar com os enfermeiros, pedir roupas grandes e trazer para crianças, isso não deveria ter sido feito por mim, mas pelo gerenciamento da rouparia (E18).

Esses depoimentos suscitam o questionamento: qual o limite entre a responsabilidade dos enfermeiros pela acomodação dos pacientes em macas e pelas roupas hospitalares que eles usam e a realização de ações para providenciar que eles tenham onde deitar e o que vestir? Acredita-se que quando o enfermeiro provê os recursos necessários para a assistência ou prevê e delega a responsabilidade sobre esses aspectos a outros profissionais buscando estabelecer relações de cooperação, ele está gerenciando o cuidado, o que requer dos profissionais, muitas vezes, o estabelecimento de conexões entre o serviço de emergência e os demais serviços do hospital, a exemplo do serviço de rouparia, ao qual um dos depoentes se refere.

Diante da necessidade de trabalhar de forma cooperativa e articulada para gerenciar o cuidado no serviço de emergência, os enfermeiros destacaram a importância de trabalhar em equipe entre si, com os técnicos de enfermagem e com os demais profissionais de saúde.

[...] o fundamental é trabalhar em equipe, ter um relacionamento com a equipe de trabalho, porque um depende do outro. Como aqui tem muita superlotação, se tu não trabalhas em equipe tem muitos pacientes que tu não consegue ver. E os técnicos são os olhos dos enfermeiros. Na verdade, eles muitas vezes, apontam, vêem, atuam mais diretamente que o enfermeiro com o paciente. Tem coisas que se eles não nos passam não tem como a gente ver por causa da superlotação, porque tu focas numa coisa e acabam passando outras que eles detectam (E9).

[...] eu recebo o plantão, vou dou uma olhada geral para ver se tem alguém muito grave, alguém caindo ou confuso e combino com os

técnicos, em qualquer uma das salas eu combino com os técnicos, me falem se tiver alguém confuso e desorientado para eu avaliar logo, essa é uma combinação que eu faço com eles sempre, peço ajuda para eles, esse trabalho em equipe é fundamental senão eu não consigo dar conta, se tu não pede ajuda dos técnicos tu não consegue fazer as coisas, tu pode esquecer de alguma coisa que tem para fazer, porque é muita coisa. Então, em primeiro lugar eu acredito que tem que ter trabalho em equipe e solicitar ajuda para os técnicos (E13).

[...] a gente tem que traçar parceria [...], tem que existir parceria entre enfermeiro, médico, técnico para que o serviço ande (E19).

O trabalho em equipe é citado pelos enfermeiros como um instrumento gerencial utilizado na organização do trabalho no serviço de emergência. Por meio do trabalho em equipe, os enfermeiros compartilham a responsabilidade pelo cuidado dos pacientes clinicamente mais instáveis, principalmente com os técnicos de enfermagem, que ficam encarregados por comunicá-los sobre as alterações mais importantes manifestadas pelos pacientes ao longo do plantão.

Apesar dos enfermeiros ressaltarem a importância do trabalho em equipe, durante as observações foram identificados poucos momentos de discussão e elaboração de planos de intervenção em conjunto entre os profissionais. Na maioria das vezes, cada trabalhador desenvolve suas ações no seu campo de atuação, com o apoio dos demais profissionais em suas respectivas áreas sem, entretanto, efetivar um trabalho de discussão, planejamento e execução de atividades de forma integrada e interdisciplinar.

Dessa feita, vale lembrar que o trabalho em equipe refere-se à relação entre trabalho e interação de agentes técnicos distintos visando à construção de consensos quanto aos objetivos e resultados a serem alcançados pelo conjunto dos profissionais, os quais a partir da comunicação elaboram e executam um projeto comum que contemple as necessidades de saúde dos usuários. Há duas modalidades de trabalho em equipe: equipe agrupamento, em que ocorre a justaposição das ações e o agrupamento dos agentes, e equipe integração, em que ocorre a articulação das ações e a interação dos agentes. A comunicação entre os profissionais é o denominador-comum do trabalho em equipe, o qual decorre da relação recíproca entre trabalho e interação⁽¹³²⁾.

A análise do material empírico coletado permitiu identificar o trabalho em equipe na modalidade integração no atendimento aos casos de Gripe A-H1N1, no

setor de Acolhimento com Classificação de Risco e na assistência aos pacientes de alto risco no box de urgência.

No atendimento dos casos de Gripe A-H1N1 nas barracas montadas em frente ao serviço de emergência que foi cenário do estudo, técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos trabalhavam em conjunto trocando constantemente informações quanto às condutas e encaminhamentos que deveriam ser efetuados.

[...] a gente conseguia fazer uma verdadeira triagem, excluindo aqueles que não eram casos de gripe e a gente conseguia fazer um bom atendimento. [...] a gente pode provar que a enfermagem e os médicos unidos conseguem fazer um bom trabalho. Numa triagem, onde o enfermeiro estava junto com o médico conversava com o paciente, conseguia resolver, medicando ou encaminhando, acho que foi um bom aprendizado, foi bem importante (E16).

No setor de Acolhimento com Classificação de Risco, diante da superlotação, para organizar as consultas e priorizar os pacientes de alto risco, os enfermeiros conversavam diretamente com os médicos para esclarecer dúvidas quanto à classificação de risco e/ou solicitar que eles agilizem determinados atendimentos, pactuando condutas e ações que não estão prescritas nos protocolos institucionais.

[...] quando a gente está com a escala bem apertada e a agenda cheia também e os pacientes estão chegando, então tu tem que ficar atento para atender, ver se é urgência e encaminhar para o box, ou classificar o risco e agendar, aí que tu tem que interagir com a equipe médica que está de plantão, isso é um ponto bem positivo para quem está aqui na triagem, porque, às vezes, podem passar algumas coisas que o enfermeiro não consegue verificar e o médico pode dar esse respaldo. E tem que ir sempre atrás para se respaldar quando ficam algumas dúvidas sobre os pacientes. Quando chegam pacientes graves que tu não tem mais horário na agenda, tem que mudar a ordem das consultas, precisa falar com o médico para chamar um paciente antes (E9).

No atendimento aos pacientes de alto risco no box de urgência e na Unidade Vascular e Semi-Intensiva também foram evidenciados momentos de trabalho em equipe integração.

Paciente que sofreu uma convulsão é trazido para o box de urgência pelo enfermeiro do Acolhimento. Os profissionais da UV/SI deslocam-se rapidamente para atendê-lo. O enfermeiro instala óculos nasal e prepara o material para punção venosa. Um técnico de enfermagem verifica os sinais vitais e o outro despe o paciente. Enquanto isso, o médico realiza exame físico geral e neurológico e um residente de medicina conversa com a esposa do paciente para

colher informações. O enfermeiro tem dificuldade em realizar a punção e é auxiliado pelo técnico de enfermagem; na segunda tentativa, consegue efetuar o procedimento. Todas as tarefas são realizadas de forma ágil, sintonizada e precisa (OBS25).

Na UV/SI, observo que o enfermeiro está encontrando dificuldade em realizar uma sondagem vesical de demora em um paciente. Ele pede auxílio ao médico que prontamente vem ajudá-lo. Os dois conversam e levantam hipótese que podem estar dificultando a passagem da sonda e decidem realizar o procedimento com uma sonda de menor calibre. O enfermeiro solicita ao técnico de enfermagem uma nova sonda e, dessa vez, o médico tenta realizar o procedimento. Ele também encontra dificuldade e pede ao técnico de enfermagem um fio guia de uma sonda nasoentérica. Ele introduz o fio guia na sonda vesical e consegue realizar o procedimento. O enfermeiro o auxilia a fixar a sonda e o técnico de enfermagem recolhe o material utilizado (OBS34).

O trabalho em equipe integração em situações de emergência também foi identificado em um estudo sobre o atendimento pré-hospitalar a vítimas de acidente de trânsito. Diante da gravidade da situação, as ações são realizadas de forma articulada, os profissionais agem de forma cooperativa, sintonizada e precisa, sob a coordenação do médico. Essas intervenções configuram um trabalho coletivo no qual estão presentes cooperação, cumplicidade e solidariedade entre os profissionais envolvidos, de tal forma que o entendimento entre os membros da equipe transcende a relação hierárquica historicamente encontrada nas organizações de saúde. Tal sintonia proporciona a realização de ações conjuntas, que viabilizam um atendimento rápido e adequado⁽¹³³⁾. Além disso, o trabalho em equipe pode ser uma fonte de prazer na medida em que ele favorece a união, a harmonia, o respeito mútuo e a comunicação entre os profissionais da equipe de saúde⁽¹³⁴⁾.

Para efetivação do trabalho em equipe no serviço de emergência, foram consideradas estratégias relevantes a construção e manutenção de boas relações com os colegas de trabalho.

[...] sempre fica mais fácil trabalhar em equipe quando há uma relação de mais amizade e de parceria, é muito melhor do que quando fica a equipe médica de um lado, a equipe de enfermagem do outro, a assistente social do outro [...] (E12).

Eu procuro me dar bem, mas sempre tem uma coisa ou outra que tu não gosta, ou uma colega, [...] a gente tem vários problemas com a farmácia, por exemplo, tem uns que ligam lá brigando, eu fazia muito isso, mas daí eu aprendi que essa estratégia não dá certo, tem que

ter essa visão, não dá certo brigar, então vamos tentar outra estratégia, também lamber demais não dá certo (E1).

Durante as observações, constatou-se que relações amistosas e descontraídas com diálogos que abordam assuntos para além do contexto hospitalar são comuns entre enfermeiros, médicos e equipe de enfermagem.

O enfermeiro, ao passar pelo posto de enfermagem da SO2, é questionado por um dos técnicos de enfermagem que está preparando algumas medicações: “- aprenderam como se ganha do Corinthians?” Eles riem e comentam sobre o jogo entre Grêmio e Corinthians ocorrido na noite anterior (OBS7).

Na UV/SI, antes de fazer um raio-x, o técnico de radiologia, avisa aos profissionais que se encontram na unidade: - Olha o raio! Um médico e enfermeiro estão no posto de enfermagem conferindo os prontuários de alguns pacientes e permanecem no local, enquanto outros profissionais retiram-se:

- Médico: eu vou ficar bem aqui atrás [inclina-se para lateral do posto de enfermagem]

- Enfermeiro: eu vou ficar aqui, bem na linha [posiciona-se atrás do médico e eu permaneço ao seu lado]

- Médico: bateu em mim primeiro, não te preocupa [enfermeiro e médico riem]

Após o término do procedimento, o médico e enfermeiro retomam suas atividades e conversam amigavelmente sobre seus planos para o final de semana e as férias que se aproximam (OBS31).

As relações pessoais baseadas no sentimento de amizade e camaradagem podem facilitar a interação dos enfermeiros com os demais profissionais da unidade e entre eles próprios. Porém, elas, por si só, não conduzem ao trabalho em equipe, que pressupõe além da interação dos agentes, a articulação das suas ações em torno de um mesmo objetivo assistencial⁽¹³²⁾.

As relações amistosas também estão presentes nas falas dos profissionais como recursos para amenizar o desgaste e sofrimento com o trabalho no serviço de emergência.

Eu acho que é um relacionamento bem descontraído, já não basta a superlotação, se tu ainda trabalhar carrancuda, já atrapalha mais, acho que tu que ser mais descontraída, até na hora de cobrar, a gente ri, com toda a desgraça que a gente vê aqui, tenta descontrair um pouco para amenizar as situações (E20).

A partir do depoimento apresentado infere-se a adoção de uma postura “descontraída” como estratégia dos enfermeiros para driblar as adversidades

presentes no cotidiano do trabalho no serviço de emergência. De forma semelhante, comentários humorados, piadas e momentos de riso estão constantemente acompanhando o trabalho como formas de enfrentamento adotadas profissionais de enfermagem diante das situações passíveis de gerar sofrimento em um serviço público de pronto-socorro⁽¹²¹⁾.

Entre as atribuições dos enfermeiros como articuladores da produção do cuidado no serviço de emergência, destaca-se o gerenciamento de conflitos, uma das atividades gerenciais realizadas pelos enfermeiros. Os conflitos podem ser entendidos como “os fenômenos, os fatos, os comportamentos que, na vida organizacional, constituem-se em ‘ruídos’ e são reconhecidos como tais pelos trabalhadores e pela gerência”⁽¹³⁵⁾.

O gerenciamento de conflitos, como discutido anteriormente, esteve presente de forma enfática entre as concepções dos enfermeiros. Porém, somente dois enfermeiros pesquisados citaram-no como atividade gerencial durante as entrevistas. Esse paradoxo permite inferir que os enfermeiros reconhecem a existência dos conflitos no cotidiano do trabalho no serviço de emergência, mas têm dificuldade ou evitam abordá-los. As poucas menções aos conflitos podem estar relacionadas à visão dos enfermeiros sobre eles. Estudo com enfermeiros gerentes constatou-se que está presente entre suas concepções a antiga visão sobre o conflito, a chamada visão tradicional, aquela que percebe o conflito como algo ruim, danoso, que deve ser evitado⁽¹¹⁶⁾.

Os conflitos, porém, podem ter influências positivas para a organização do trabalho e as relações entre os profissionais. As divergências e discordâncias que ocorrem no trabalho em emergência, se bem administradas, podem gerar reflexão e impulsionar o trabalho positivamente, tornando-o mais colaborativo e prazeroso, o que poderá ter conseqüências positivas na assistência aos usuários⁽⁷⁰⁾.

Entre os setores da emergência, é no Acolhimento que os conflitos são mais visíveis. Além das desavenças, abordadas na categoria inicial deste capítulo, entre enfermeiros e alguns pacientes e/ou familiares que, muitas vezes, não entendem porque pessoas que chegam depois são atendidas primeiro, também surgem conflitos entre os próprios enfermeiros e entre enfermeiros e médicos, que questionam o julgamento clínico do enfermeiro e o grau de risco atribuído aos pacientes no Acolhimento.

[...] alguns conflitos acontecem por causa da triagem, porque cada um tem o seu julgamento na classificação de risco, o que pode ser vermelho para mim, pode ser amarelo para outra pessoa. Muitos dos colegas enfermeiros não ficam na triagem, então não tem noção de como funciona lá na frente. Daí tu acaba priorizando o atendimento a alguns pacientes, trazendo mais pacientes para atendimento no box e muitos acabam ficando brabos contigo, ficam de cara feia porque tu está trazendo trabalho para eles, mas é a tua classificação, ou tu deixa o paciente lá na frente e ele fica mal ou tu traz para dentro para ele não pior ainda mais. Quanto aos médicos, é a mesma coisa, eles comentam: “ah, classificou mal esse paciente, ele não precisava ter vindo para o box, podia ter ficado esperando” [...] (E16).

Os conflitos entre os enfermeiros e enfermeiros e médicos decorrem de questionamentos que surgem em torno do grau de risco atribuído aos pacientes no Acolhimento. Alguns enfermeiros, que têm pouco conhecimento da dinâmica desse setor, visualizam os pacientes de alto risco trazidos para o box de urgência como uma demanda a mais de trabalho, o que gera atritos entre o enfermeiro do Acolhimento e da UV/SI.

Na literatura, são escassas as alusões aos conflitos entre os profissionais que atuam nos serviços hospitalares de emergência. Estudos têm identificado como mais recorrência conflitos entre os profissionais e usuários/familiares/acompanhantes nesses cenários, em virtude, principalmente, da demora pelo atendimento^(16,70). Dessa forma, os conflitos entre os profissionais identificados na realidade estudada podem ocultar desavenças pessoais ou o interesse de uma categoria profissional ou de um trabalhador em delimitar mais claramente suas margens e espaços de atuação em relação aos outros.

Os arranjos coletivos que caracterizam o processo e a organização do trabalho de enfermagem são propensos a conflitos pela própria natureza do trabalho. Nesse contexto, cabe ao enfermeiro, como eixo de referência da equipe de enfermagem/saúde e membro efetivo e atuante no jogo de papéis que se estabelece, instigar a busca de reflexões para situações conflituosas advindas do próprio processo grupal⁽¹³⁶⁾.

A resolução dos conflitos pode favorecer a construção de objetivos comuns para o trabalho no serviço de emergência, intensificando a articulação entre os profissionais e a atuação em equipe, que são, como se pode constatar, mais constantes entre os integrantes da equipe de enfermagem. Nesse sentido, pontua-se, a necessidade das relações de articulação e o trabalho em equipe avançarem em direção à interdisciplinaridade, congregando as demais categorias profissionais.

Outra constatação importante desta subcategoria é que o trabalho em equipe foi evidenciado, principalmente, em momentos pontuais do trabalho, como o atendimento aos casos suspeitos de Gripe A-H1N1 e pacientes de alto risco. Acredita-se que trabalhar em equipe de forma integrada no atendimento às situações cotidianas possa ser uma estratégia útil para diminuir a superlotação e agilizar o fluxo de atendimento dos usuários no serviço de emergência.

5.4 Desafios no gerenciamento do cuidado e estratégias para superá-los

Os desafios são alvos estratégicos a serem conquistados por organizações e profissionais para superar uma ameaça do ambiente ou concretizar uma capacidade que é ainda potencial e, por isso, instiga, incita e estimula. A noção de desafio está estreitamente relacionada à disposição de construir o futuro desejado, com o que isso envolve de exigência, no sentido de utilizar as próprias forças, aproveitar oportunidades, enfrentar ameaças e superar adversidades⁽¹³⁷⁾.

Os enfermeiros defrontam-se como uma série de desafios para o gerenciamento do cuidado no serviço de emergência, os quais envolvem o gerenciamento da superlotação, a manutenção da qualidade do cuidado, o trabalho nos finais de semana e feriados e o exercício da liderança.

Para o planejamento do cuidado no serviço de emergência, os enfermeiros necessitam, muitas vezes, organizar o trabalho adequando as condições de atendimento disponíveis à quantidade e gravidade do quadro clínico dos pacientes, visando à realização da melhor assistência possível diante do cenário marcado pela superlotação e procura constante por atendimento. Dessa feita, a partir da análise do material empírico, identificou-se que gerenciar a superlotação é um dos principais desafios dos enfermeiros.

[...] o gerenciamento da superlotação, do excesso de pacientes com as nossas condições, [...] eu gosto de ter a unidade o mais organizada possível, dentro da desorganização da emergência, que a gente vive e convive com ela, sempre procurando amenizá-la, mas ela existe, é um setor que daqui a pouco tem 20, 60, 100 pacientes, e tu está vendo as coisas, um paciente por cima do outro e tal, e é assim [...](E1).

Como a gente tem uma demanda de trabalho [...] muito flutuante, eu tenho 10, depois 20, daqui a pouco é 50. Hoje mesmo a gente tem quase 130 pacientes na emergência e a gente não consegue dar um cuidado mais qualificado, mas a gente procura [...] prestar um atendimento de uma forma mais adequada para o cliente e na medida do possível, atender o cliente de forma mais humana (E7).

[...] o maior desafio da emergência é atender a demanda, hoje nós iniciamos o plantão com 135 pacientes, na pediatria tem 9 pacientes, na SIB começou com 75 pacientes (E18).

A superlotação aparece nas falas como uma característica incorporada ao processo de trabalho no serviço de emergência. A superlotação consiste na saturação do limite operacional do serviço de emergência hospitalar. Taxas de ocupação dos leitos igual ou maiores a 100%, tempo de espera para o atendimento médico de uma hora ou mais, sala de espera para consulta médica lotada e disposição de pacientes nos corredores em decorrência da falta de leitos disponíveis são alguns dos principais indicadores de superlotação⁽¹³⁸⁾. Nesse sentido, os enfermeiros referem a necessidade de amenizá-la, gerenciá-la, procurando, conforme as condições disponíveis, prestar um atendimento adequado e humanizado aos pacientes.

Entre os motivos que geram a superlotação do serviço de emergência, os enfermeiros destacaram a constante demanda por atendimentos dos pacientes de baixo risco, que sobrecarrega a equipe de enfermagem e pode dificultar o atendimento aos pacientes mais graves. Desse modo, alguns enfermeiros mostraram-se, durante as entrevistas, bastante críticos em relação ao desconhecimento das pessoas sobre a finalidade do serviço em atender a urgências propriamente ditas e a falta de paciência dos pacientes em procurar as unidades básicas de saúde para atendimento.

Um dos principais desafios é a superlotação, principalmente devido ao atendimento daqueles pacientes que não são urgência (E13).

[...] para mim é uma questão de cultura do povo, eu tenho dificuldade em entender porque as pessoas não conseguem definir que aqui é uma emergência e elas têm que evitar de vir por causa de uma dor de garganta, de uma unha encravada, de uma dor abdominal. Então, isso me irrita muito. Essa questão cultural das pessoas de que os postos não funcionam, só que não é bem assim, são as pessoas que não querem mais se sujeitar e esperar, porque elas vem aqui e fazem tudo, fazem raio-x, hemograma, eles não precisam ficar correndo de um lado para o outro [...](E15).

A procura pelo atendimento nos serviços de emergência está relacionada à concepção do usuário sobre o que é uma necessidade urgente. Assim, ao contrário do que esperam os profissionais de saúde, os usuários procuram atendimento ao apresentarem alterações de saúde que considerem importantes. O exame de gravidez para uma mulher que não consegue engravidar e a nebulização para um portador de doença respiratória sem condições de adquirir o aparelho para realizá-la em casa, podem tornar-se necessidades urgentes para os usuários⁽⁶⁵⁾.

Em decorrência da superlotação, a realização de um cuidado com qualidade aos pacientes no serviço de emergência também se configura como um desafio gerencial dos enfermeiros. Muitos pacientes, após o primeiro atendimento e estabilização das suas condições clínicas, permanecem no serviço de emergência e demandam uma atenção que nem sempre a equipe de saúde consegue atender em função das características do trabalho da unidade.

O atendimento de emergência a gente consegue prestar muito bem, mas a continuidade disso que é complicado, o certo seria dar o primeiro atendimento e ir encaminhando os pacientes, mas os pacientes acabam ficando e a gente não consegue dar um atendimento adequado [...] (E8).

Aqui? Hum...proporcionar o maior conforto possível aos pacientes [risos]. A gente tem muitos pacientes na SO, por exemplo, que seria só higiene e conforto, mas a gente aqui tem pouco a proporcionar a eles de conforto. É que são muitos pacientes e o espaço físico é inadequado e o cuidado de enfermagem, muitas vezes, é falho com relação a esses aspectos (E19).

A realização dos cuidados relacionados à higiene e ao conforto dos pacientes é a principal dificuldade dos enfermeiros e da equipe de enfermagem, tendo em vista o número de pacientes e a inadequação do espaço físico do serviço de emergência para o atendimento desses pacientes. Dessa forma, os enfermeiros ressentem-se por não poderem oferecer melhores condições de atendimento, por terem que tirar um paciente da maca para deitar outro e verem pacientes desacomodados em cadeiras nos seus últimos momentos de vida.

[...] estressa muito deixar o paciente numa cadeira, atender o paciente sentado, às vezes, ver ele morrendo numa cadeira, ter que levantar um para deitar outro [...] (E15).

Diante da procura constante por atendimento, é comum os serviços de emergência estipularem prioridades. Geralmente, quando essas prioridades são estabelecidas, o principal foco de atuação instituído é o atendimento às urgências e emergências, seguido pela administração dos medicamentos e depois a realização de outros procedimentos (higiene dos pacientes, transporte para exames)⁽⁷¹⁾. No entanto, o cuidado prestado aos pacientes no serviço de emergência preocupa os enfermeiros.

Não adianta tu ver se tem material suficiente, se a unidade está organizada, se o número de técnicos na escala está certinho e, às vezes, deixar o paciente de lado. Vou te dar um exemplo, ontem eu cheguei tinha um paciente em mal estado geral, confuso, gemente, e ele arrancou a sonda e ele tinha aspiração de vias aéreas e eu olhei para parede não tinha frasco, daí eu busquei um frasco, sonda, luva, todo o material, e daí eu chamei a técnica e disse para ela: olha o que é a boca desse paciente, mostrei para ela, era uma crosta só, tava podre, higiene oral é uma coisa tão importante para o paciente acamado e o pessoal não faz. Então, eu disse para ela o quanto é importante a higiene oral, mudar o paciente de lado também é importante, porque, às vezes, dá para entender que com a superlotação, um técnico pode não ter tido tempo de se coçar naquela tarde, e o enfermeiro também, tem plantões que não dá nem para respirar, até porque nosso primeiro objetivo é atender urgência, tu não vai deixar de atender uma parada para virar um paciente. Mas higiene oral também é importante, tem que tentar fazer. Em virtude da superlotação se esquece de cuidados que parecem insignificantes, mas que são fundamentais para o paciente (E17).

A partir do depoimento, infere-se que o foco do gerenciamento dos enfermeiros no serviço de emergência recai, principalmente, sobre a dimensão técnica da gerência, que envolve a organização e controle dos recursos materiais e de pessoal para o trabalho, em detrimento das necessidades de cuidado direto e da atenção que requererem os pacientes. As dificuldades dos enfermeiros em desenvolver uma prática gerencial que contemple esses dois aspectos podem ser explicadas pelos resultados de um estudo sobre a gestão da qualidade na assistência de enfermagem em pronto socorro, que evidenciou a falta de recursos materiais e de recursos humanos como principais dificuldades dos enfermeiros para planejar e prestar uma assistência de qualidade⁽⁷¹⁾.

O trabalho nos finais de semana e feriados também foi assinalado pelos enfermeiros como um desafio para o gerenciamento do cuidado no serviço de emergência.

O maior desafio é quando falta um funcionário [...], é sempre uma coisa mais complicada de fazer, porque tu não estás esperando por aquilo e de repente alguém liga e diz que não vai vir, então tem que ver a escala, ver se tu pode deslocar de um setor para o outro, se não tem que ligar, ver alguém que venha por hora extra. Claro que a gente faz quando precisa, mas é complicado porque não tem a chefia. Durante a semana, por exemplo, quem faz isso é a chefia. E, no final de semana, tu acaba ganhando mais essa autonomia, essa autoridade para fazer esse contato, mas, às vezes, tem aquele funcionário que diz “não posso”, e tu não pode insistir muito, tu não estás no poder de chefia, mas tu tenta explicar para o funcionário que se ele não vir, vai prejudicar o grupo como um todo (E3).

[...] como nós somos enfermeiros que ficamos só no final de semana a gente não tem o respaldo da chefia, [...] como na questão da escala mesmo [...] (E7).

Como já mencionado, os finais de semana e feriados constituem um turno específico de trabalho para os enfermeiros na instituição em que o estudo foi realizado, o qual é denominado 6º turno. Nesse turno de trabalho, as chefias de enfermagem não estão presentes no serviço de emergência e os enfermeiros assumem totalmente a responsabilidade pelo dimensionamento da equipe de enfermagem, o que inclui a substituição dos funcionários ausentes. Essa atividade torna-se complicada na medida em que eles não dispõem do “poder” da chefia como recurso persuasivo, como afirmou o depoente.

A associação da gerência a um atributo do enfermeiro respaldado pelo poder do cargo de chefia também está descrita entre os resultados de um estudo sobre a gerência do processo de trabalho em enfermagem em unidades hospitalares⁽¹³⁹⁾. Nesse sentido, reitera-se a importância da compreensão da gerência como uma dimensão inerente ao processo de trabalho do enfermeiro, de tal modo que esses profissionais se concebam como gerentes do cuidado e procurem desenvolver competências e habilidades técnicas, comunicativas e interativas para tal.

A integração com a equipe de enfermagem torna ainda mais desafiador o trabalho no 6º turno para alguns enfermeiros.

[...] outra coisa que eu vejo como desafio, é atuar de forma mais integrada com a equipe, porque como a gente fica pouco tempo e bastante ao mesmo tempo, porque são só dois dias, mas são 12 horas em cada, então essa convivência cria alguns atritos, porque eles dizem que a outra enfermeira é assim, então saber lidar com essas arestas é um desafio bem interessante (E7).

Em decorrência da menor interação com os técnicos de enfermagem, as relações interpessoais tornam-se mais conflituosas e são comuns as comparações entre os comportamentos e as condutas dos enfermeiros que atuam nos demais turnos de trabalho em relação aos do 6º turno.

As dificuldades apontadas pelos enfermeiros no trabalho aos finais de semana e feriados podem estar associadas ao tempo de atuação desses profissionais no serviço de emergência, pois os enfermeiros do 6º turno entrevistados nesta pesquisa atuavam há cerca de um ano na instituição. Esse período de atuação, pequeno em relação à experiência profissional dos demais participantes do estudo, pode contribuir para que eles sintam maior insegurança quanto à dinâmica do trabalho e o relacionamento com a equipe de enfermagem. Estudo sobre o trabalho do enfermeiro em unidades especializadas evidenciou que o tempo de atuação dos enfermeiros é um fator que favorece a conquista e o reconhecimento do espaço social⁽³⁾.

A liderança é um dos principais instrumentos dos enfermeiros para o gerenciamento do cuidado. Dessa feita, um dos participantes da pesquisa pontuou que liderar e implementar mudanças é um dos desafios a ser transposto para o gerenciamento do cuidado no serviço de emergência.

Um desafio que existe é essa própria questão de ser mais líder, porque muitas pessoas que estão aqui dentro acham que isso não é certo, porque dizem que sempre foi assim, que não adianta fazer, cobrar e eu não acredito nisso, porque se eu venho para cá é para trabalhar. Não é porque aquela pedra está aqui há 300 anos que ela não pode ir para outro lugar (E8).

Para esse depoente, muitos profissionais, especialmente aqueles que estão há mais tempo na instituição, são relutantes às mudanças, mesmo quando elas podem trazer benefícios ao andamento da unidade e a si próprios como trabalhadores. O sucesso dos processos de mudança nas organizações de saúde perpassa a discussão e construção coletiva das modificações que se deseja implementar, de tal forma que tanto as lideranças quanto os trabalhadores possam vislumbrar os resultados positivos a serem obtidos⁽¹⁴⁰⁾.

Diante dos desafios apresentados, os enfermeiros sugeriram estratégias para superá-los, as quais incluem mudanças no fluxo de atendimento dos pacientes e na

estrutura física da unidade, organização do sistema de saúde para a atenção às urgências e atividades de capacitação sobre gerenciamento.

Quanto à mudança no fluxo de atendimento dos pacientes, os enfermeiros destacaram a importância de agilizar as internações e a liberação dos pacientes.

O acolhimento e a triagem é uma preocupação com a entrada, mas eu acho que nós, claro que não é nossa alçada, porque eu acho que tanto a entrada como a saída do paciente estão vinculadas ao profissional médico, mas falta da equipe também, do todo, se preocupar com a saída do paciente (E5).

O que poderia ser agilizado é a questão das internações e liberação dos pacientes, e isso é uma coisa que depende muito da área médica. A gente vê aqui muitos pacientes que ficam por uma questão de investigação. Então, tinha que ter uma maneira de melhorar o fluxo [...] (E12).

[...] eu gostaria que aqui na emergência, o serviço fosse realmente de urgência e emergência, porque se for avaliar os pacientes que estão na sala de observação, eu diria que 90% deles, não deveriam estar numa emergência, tinham que estar nos andares (E15).

Diminuir o número de pacientes da unidade, mas isso não depende apenas da enfermagem, depende do fluxo do paciente desde a triagem, de agilizar a liberação ou transferência do paciente para o andar (E19).

De acordo com os participantes do estudo, a principal preocupação dos serviços de emergência recai sobre a entrada dos pacientes por meio do desenvolvimento e aplicação de protocolos para triagem e avaliação de risco. Dessa forma, pouca atenção é dada à saída dos pacientes, os quais permanecem em atendimento na emergência para avaliação e investigação clínica até a alta hospitalar ou liberação de leitos nas unidades de internação.

A estagnação dos pacientes internados após serem sanadas as suas necessidades emergenciais é um problema comum nos serviços hospitalares de emergência, que decorre, entre outros fatores, da falta de uma cultura institucional com vistas à otimização do serviço de emergência no concernente ao gerenciamento de vagas⁽¹⁰⁹⁾. Para agilizar o fluxo de atendimento dos pacientes na unidade, os enfermeiros reconhecem a necessidade da participação e colaboração de todos os profissionais da equipe de saúde, em especial dos médicos. Porém, chama atenção, em um dos depoimentos, a sugestão de que a internação dos pacientes seja gerenciada por um enfermeiro, tendo em vista que a sua experiência

e formação gerencial lhe conferem uma visão muito mais ampla em relação a essa questão.

[...] eu acho que seria muito interessante se tivesse uma enfermeira responsável pela internação dos pacientes, que se quem gerenciasse a internação do paciente fosse uma enfermeira e não um médico e o secretário. Eu acho que as enfermeiras têm uma visão muito mais global disso, tem experiência e formação gerencial, eu sei que em outros hospitais são enfermeiras que fazem isso e as coisas andam de uma maneira mais rápido (E12).

Na literatura, o gerenciamento do fluxo de pacientes é descrito como uma das atividades gerenciais desenvolvidas por enfermeiros no seu processo de trabalho em um pronto-socorro. Tal atividade atende às demandas gerenciais da instituição aos enfermeiros, mas se limita à procura de leitos disponíveis nas unidades de internação para encaminhar aqueles pacientes internados após atendimento⁽¹⁰³⁾.

No que se refere à estrutura física do serviço de emergência para o atendimento às urgências e emergências, os participantes do estudo apontaram como estratégia dispor de um maior número de macas para acomodar os pacientes.

Na parte física, nosso maior problema é a falta de macas [...] (E9).

Sinto falta de camas melhores, porque tem macas até com a grade quebrada (E13).

[...] A questão maca me estressa muito! Tu não consegue imaginar o estresse que é ver um paciente hipotenso, mal e tu não ter maca para colocar ele, tu ter que levantar um para poder deitar outro. E eu acho que seria um problema fácil para resolver, eu não consigo entender porque tu tem que ficar pedindo maca nos andares em um hospital como nosso, com toda essa infra-estrutura, que atende todas as especialidades de alta complexidade, não ter, às vezes, uma maca para deitar um paciente (E15).

Entre os depoimentos, destaca-se a contradição pontuada por um dos enfermeiros entre a falta de macas e o mais alto aparato tecnológico disponível no hospital para prestar atendimento à população nas mais diversas especialidades médicas. A estrutura física foi relatada por enfermeiros de um pronto-socorro como um aspecto dificultador da prática gerencial em emergência⁽¹⁰⁹⁾.

Sabe-se que o trabalho hospitalar, em especial nos serviços de urgência e emergência, tem aumentando de complexidade com o desenvolvimento tecnológico, a especialização dos saberes e o aumento da complexidade das situações clínicas dos pacientes. Todavia, o aumento de recursos materiais, humanos e de espaço

físico, via de regra, não acompanhou esse aumento de complexidade. Desse modo, os profissionais de saúde vêm-se confrontados com cargas de trabalho elevadas, com espaços físicos inadequados e recursos materiais e equipamentos insuficientes o que lhes causa sofrimento, conflitos e impossibilita a expressão da subjetividade no trabalho⁽⁶⁶⁾.

Para alguns enfermeiros, a solução para as dificuldades presentes no trabalho em emergência requer a melhoria do sistema de saúde e a reorganização da atenção básica para o atendimento das urgências de menor complexidade.

É toda uma rede que tem que mudar, não é só aqui dentro, não dá para a gente tentar fazer um melhor trabalho enquanto a rede não mudar (E10).

E uma coisa que a gente discute como um todo é o porquê tanto as pessoas que precisam como aqueles que não precisam, e são todos atendidos porque a porta está aberta. Por que procuram? Porque o sistema de saúde é ruim, se a gente tivesse um bom atendimento no posto, muita gente não viria (E14).

Tem que melhorar o sistema de saúde como um todo, a atenção básica atender os pacientes que são menos graves e a gente poder trabalhar mais tranquilo, dar mais qualidade para o atendimento (E20).

É indiscutível a necessidade de avanços na organização do sistema de saúde para o atendimento às urgências, de tal forma que a atenção a esses agravos possa ser realizada em outras portas de entrada. Porém, o sistema só irá melhorar a partir do momento em que cada serviço e trabalhador de saúde reconhecer e assumir sua parcela de co-responsabilização na busca das mudanças apontadas e de um atendimento mais resolutivo às necessidades de saúde da população.

A dificuldade de aceitação entre a equipe de saúde do paciente que é visto como produto da falência da rede e como inapropriado para o atendimento da emergência, pode ser enfrentada por políticas de humanização, estratégias de sensibilização e de aceitação da emergência como porta de entrada possível e legítima do atual sistema de saúde. Dever-se-ia discutir com a rede como integrar esse tipo de paciente às outras possíveis portas de entrada e preparar-se para atendê-lo, já que as demandas são geradas por fatores culturais e por deficiência de recursos tecnológicos e sociais⁽¹⁴¹⁾.

Os depoentes também assinalaram que a superação dos desafios relacionados ao gerenciamento do cuidado em emergência requer um maior diálogo entre os profissionais de enfermagem.

[...] ter mais rodas de conversa, principalmente com os técnicos, abrir para todo mundo dar a sua opinião, se não fica aquele leva e trás, acho que é sempre bem importante sentar e conversar para resolver os problemas (E17).

[...] embora se faça reunião com os enfermeiros, eu acho que deveria ter reuniões das chefias conosco e também com os técnicos junto, vir na nossa noite e ver quais as sugestões (E18).

Nos depoimentos, a importância da comunicação e do diálogo entre os profissionais na resolução dos problemas e organização do trabalho no serviço de emergência está bastante presente. Porém, estudo sobre a comunicação no exercício gerencial do enfermeiro no contexto hospitalar evidenciou a sua utilização, predominantemente, com o objetivo informar e transmitir normas e rotinas a serem seguidas e cumpridas pela equipe de enfermagem⁽¹⁴²⁾.

No momento da realização da pesquisa, as reuniões entre os enfermeiros e as chefias de enfermagem ocorriam, geralmente, a cada 15 dias, com caráter informativo e no período diurno, o que nem sempre favorecia a participação dos enfermeiros dos demais turnos de trabalho. Além disso, estavam tendo início reuniões entre os enfermeiros e técnicos de enfermagem para discussão dos problemas do serviço de emergência.

Cientes dos desafios que envolvem o gerenciamento do cuidado no serviço de emergência, os enfermeiros reconhecem a importância da realização de uma capacitação sobre gerenciamento de enfermagem.

Eu acho que o ideal seria ter um curso de extensão sobre gestão de pessoas de alguém especializado, formado nisso, vir e passar esse conhecimento para nós, para a gente colocar mais em prática. Claro que a gente até coloca alguma coisa em prática, mas sem um conhecimento aperfeiçoado, então, seria interessante, uma pessoa vir e dar esse conhecimento para nós (E3).

A realização de uma capacitação enfocando aspectos sobre o gerenciamento de enfermagem é uma estratégia interessante tendo em vista a importância cada vez maior que adquire a dimensão gerencial no trabalho do enfermeiro nos serviços de saúde e a rapidez com que novos conhecimentos têm sido produzidos nessa

área. No entanto, com base nas metodologias contemporâneas que guiam os processos educativos dos trabalhadores de saúde, é preciso esclarecer a seguinte incongruência presente na sugestão do depoente: “*uma pessoa vir e dar esse conhecimento para nós*” (E3). Ninguém ensina ninguém, o conhecimento é um processo de construção que ocorre coletivamente, mas que só inicia e tem continuidade a partir da vontade e do empenho de cada indivíduo em saber e apreender mais para mudar a sua realidade⁽¹⁴³⁾.

Durante as entrevistas, os enfermeiros demonstraram bastante motivação e empenho pessoal na superação dos desafios relacionados ao gerenciamento do cuidado no serviço de emergência.

Às vezes, eu acho puxado atender todo mundo com a demanda que tem, mas eu acho que sempre dou conto. Eu sou um enfermeiro que olha um por um [...]. Boa vontade, conhecimento, agilidade e tolerância ajudam muito a gente a trabalhar na emergência (E17).

Eu acho que o ambiente de trabalho somos nós que fizemos. Então, nós temos que ter bom humor, paciência, tranquilidade, se ajudar trabalhando em equipe, que já é 50% do caminho andado (E9).

Os participantes da pesquisa destacaram que estratégias individuais, como boa vontade, agilidade, bom humor e tolerância na realização do trabalho são importantes na superação dos desafios que envolvem o gerenciamento do cuidado no serviço de emergência. Apenas reclamar e não colaborar com a construção das transformações desejadas para a melhoria dos serviços de saúde não conduzirá ao sucesso nenhum processo de mudança. Porém, é importante o entendimento de que os desafios são coletivos e precisam ser problematizados e discutidos no contexto institucional, pois transcendem as ações individuais dos enfermeiros.

As reações humanas frente aos desafios postos pela organização do processo de trabalho em saúde convoca a reformulação dos conhecimentos e o entrelaçamento de saberes diferenciados e abordagens menos superficiais dos problemas de qualidade na atenção à saúde das populações⁽¹⁴⁴⁾. Além disso, os enfermeiros precisam se conscientizar do papel sócio-político das suas práticas, adotando uma postura crítica frente aos contextos de trabalho e pensando em transformações em prol do futuro da saúde das populações e da própria visibilidade da profissão⁽¹⁴⁵⁾.

É interessante destacar que tanto os desafios gerenciais quanto as estratégias pontuadas pelos enfermeiros convergem para o desenvolvimento de habilidades e competências para além da dimensão técnica da gerência, agregando mais fortemente às dimensões comunicativa, política e desenvolvimento da cidadania na prática gerencial em enfermagem.

Portanto, os desafios do enfermeiro para o gerenciamento do cuidado no serviço de emergência precisam ser vislumbrados como um impulso para o desenvolvimento de novas práticas por meio de um trabalho mais colaborativo e articulado. Eles representam a possibilidade de transformar os problemas em oportunidades de crescimento e aprendizado.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta seção, retomam-se os principais achados da pesquisa, pontuam-se algumas limitações do estudo e apontam-se possíveis desdobramentos e aprofundamentos para investigações futuras com relação à problemática em foco.

Este estudo teve como propósito analisar a dimensão gerencial do processo de trabalho do enfermeiro em um serviço hospitalar de emergência.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo estudo de caso, cujos dados foram coletados por meio de observação participante e entrevista semi-estruturada com enfermeiros do Serviço de Emergência de um Hospital Universitário da capital de um estado da região sul do Brasil. O material empírico foi analisado segundo a técnica de análise de conteúdo temática, a partir da qual se constituíram quatro categorias: o trabalho dos enfermeiros no cotidiano do serviço de emergência; atuação dos enfermeiros no gerenciamento do cuidado; articulação entre os profissionais e trabalho em equipe; e, desafios no gerenciamento do cuidado e estratégias para superá-los. A fundamentação teórica e conceitual para as análises e discussões apresentadas pautou-se nos estudos sobre processo de trabalho em saúde, processo de trabalho gerencial do enfermeiro e gerenciamento do cuidado.

Na primeira categoria, descreveu-se o trabalho dos enfermeiros no contexto no serviço de emergência em que o estudo foi realizado. O trabalho nos serviços hospitalares de emergência caracteriza-se pela instabilidade, o imediatismo e a grande procura por atendimento, que variam em diversidade e complexidade. Nesses cenários, o objeto de trabalho dos enfermeiros são os pacientes com problemas graves de saúde e de alto risco e indivíduos que procuram a unidade, sem estar, necessariamente, em situação de gravidade do ponto de vista clínico.

Para o atendimento a esses pacientes, o serviço de emergência está organizado em cinco áreas, conforme a complexidade do cuidado prestado que imprimem características e particularidades distintas às atividades dos enfermeiros. No Acolhimento com Classificação de Risco, os enfermeiros são os responsáveis por aferir o grau de risco e estabelecer a ordem de prioridade para os atendimentos dos pacientes. Na Sala de Internação Breve e Sala de Observação 1, o foco da atuação do enfermeiro é a monitorização das condições dos pacientes mais graves e a realização de procedimentos técnicos. Na Sala de Observação 2, os enfermeiros

atuam na avaliação das condições clínicas do pacientes, realização de procedimentos de enfermagem, orientação e supervisão dos técnicos de enfermagem quanto aos cuidados relacionados à higiene, ao conforto e à alimentação dos pacientes e o preparo e administração da terapêutica medicamentosa prescrita pelos médicos. Na Unidade Vascular e Semi-intensiva o enfermeiro realiza, principalmente, atividades voltadas a zelar pela disponibilidade e funcionalidade dos materiais e equipamentos utilizados no atendimento aos pacientes de alto risco. Na Unidade Pediátrica, as atividades dos enfermeiros são as mesmas realizadas por eles nas áreas de atendimento a pacientes adultos, no entanto em um cenário com menor número e maior rotatividade de pacientes.

Os conhecimentos clínicos, as escalas de trabalho, o processo de enfermagem e a passagem de plantão são os principais instrumentos de trabalho utilizados pelos enfermeiros na realização e planejamento da assistência de enfermagem. A principal finalidade do trabalho dos enfermeiros é prestar atendimento inicial aos pacientes que demandam atenção imediata, visando à estabilização das suas condições clínicas até que eles possam ser encaminhados para outras unidades dentro do hospital. A dimensão gerencial do trabalho do enfermeiro tem como objeto a organização do trabalho e o atendimento às necessidades de cuidado dos pacientes.

Na segunda categoria, analisou-se a atuação dos enfermeiros no gerenciamento do cuidado no serviço de emergência, por meio de quatro subcategorias: concepções dos enfermeiros; planejamento e realização do cuidado; previsão e provisão de recursos; e, supervisão, liderança e capacitação da equipe de enfermagem.

Entre as concepções dos enfermeiros identificou-se o entendimento da gerência como atividade baseada na experiência prática e no aprendizado cotidiano, sendo um instrumento que favorece a produção do cuidado e o bom funcionamento da unidade. A atuação dos enfermeiros no planejamento e na realização do cuidado foi identificada por meio da execução de procedimentos de enfermagem, da aplicação do processo de enfermagem, do controle sobre a realização dos exames laboratoriais e radiológicos e das decisões quanto à entrada e permanência dos familiares dos pacientes no serviço de emergência. As principais práticas gerenciais dos enfermeiros visando à previsão e provisão de recursos para produção do cuidado no serviço de emergência são: elaborar a escala mensal de funcionários,

realizar a distribuição diária dos funcionários, avaliar a quantidade e qualidade do material existente na unidade. As atividades dos enfermeiros relacionadas à supervisão, liderança e capacitação da equipe de enfermagem integram um importante eixo do gerenciamento do cuidado em emergência, tendo em vista a grande quantidade de atividades que são desenvolvidas pelos técnicos de enfermagem sob coordenação dos enfermeiros.

Na terceira categoria, destaca-se a articulação e o trabalho em equipe dos enfermeiros com a equipe de enfermagem e os demais profissionais de saúde visando ao gerenciamento do cuidado no serviço de emergência. Os enfermeiros reconhecem a complementaridade entre as atividades dos diversos profissionais e sua responsabilidade na articulação e integração das diferentes ações profissionais que envolvem a produção do cuidado. Desse modo, trabalhar em equipe facilita a realização do trabalho em um contexto com as particularidades dos serviços de emergência.

Na quarta categoria, apresentaram-se os principais desafios dos enfermeiros no gerenciamento do cuidado e as estratégias sugeridas para superá-los. O gerenciamento da superlotação, a qualidade do cuidado de enfermagem, o trabalho nos finais de semana e feriados e o exercício da liderança foram os desafios destacados. As estratégias para superá-los requerem mudanças no fluxo de atendimento dos pacientes e na estrutura física da unidade, reorganização do sistema de saúde para a atenção às urgências e atividades de capacitação sobre gerenciamento de enfermagem.

Após a análise dos resultados da pesquisa, pode-se concluir que o foco da dimensão gerencial do enfermeiro no serviço de emergência é o cuidado, embora, conforme já apontado também em outros estudos, as atividades gerenciais dos enfermeiros concentrem-se na dimensão técnica da gerência, enfatizando questões de controle, organização, planejamento, dimensionamento de pessoal, recursos materiais e equipamentos para assistência. Assim, destaca-se a necessidade da utilização das demais dimensões do gerenciamento, que se referem à política, à comunicação e ao desenvolvimento da cidadania de forma mais expressiva, o que requer o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades específicas para o gerenciamento do cuidado.

Quanto às limitações do estudo, reconhece-se que a inserção de outros profissionais da equipe de saúde poderia ter ampliado o entendimento do objeto de

estudo. No entanto, considerou-se mais viável elencar os enfermeiros como únicos participantes do estudo em função do tempo para realização do Curso de Mestrado. A realização das observações associadas às entrevistas foi utilizada como estratégia para alcançar uma análise mais abrangente e vislumbrar o contexto em que os enfermeiros desenvolvem seu trabalho e as relações que eles estabelecem no gerenciamento do cuidado no serviço de emergência.

Outra questão, muitas vezes, colocada em dúvida é a representatividade dos resultados obtidos por meio de um estudo de caso qualitativo. O estudo de caso possibilita a descrição e compreensão em profundidade de um fenômeno tratado em seu contexto real, durante certo período de tempo. Dessa forma, constrói-se uma interpretação da realidade estudada, que pode ser aproximada a cenários semelhantes e contribuir com a construção do conhecimento relacionado à problemática investigada.

Também se deve considerar que a ocorrência da epidemia de Gripe A-H1N1 durante o período de coleta de dados possa ter repercutido sobre o ritmo de trabalho dos enfermeiros. Diante disso, postergou-se a coleta de dados até o mês de setembro de 2009, quando o atendimento aos pacientes com Gripe A-H1N1 já havia diminuído e a rotina do serviço de emergência aproximava-se da normalidade.

Os resultados encontrados, mesmo relacionados especificamente a um serviço hospitalar de emergência, indicam que está em construção uma nova concepção sobre o trabalho gerencial do enfermeiro. Essa nova compreensão pauta-se na busca pela superação dos preceitos das teorias clássicas da administração em direção à construção de um entendimento da gerência como uma dimensão do processo de trabalho do enfermeiro, que pode ser utilizada como importante instrumento para qualificar a assistências de enfermagem e a produção do cuidado em saúde e enfermagem.

Como desdobramentos e aprofundamentos possíveis em próximos estudos, destaca-se a necessidade da realização de novas pesquisas enfocando o trabalho gerencial do enfermeiro, a fim de que se possa reunir subsídios teóricos para pensar e implementar processos gerenciais que congreguem mais fortemente o ser, o pensar e o estar mobilizando ações de cuidado e que considerem a complexidade e multidimensionalidade do ser humano e as novas concepções de vida, saúde e sistema de saúde da contemporaneidade.

REFERÊNCIAS

1. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2002.
2. Mendes Gonçalves RB. 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 (SP): Hucitec; 1994.
3. Gustavo AS, Lima MADS. Idealização e realidade no trabalho da enfermeira em unidades especializadas. Rev Bras Enferm. 2003; 56(1): 24-7.
4. Rossi FR, Silva MAD. Fundamentos para processos gerenciais na prática do cuidado. Rev Esc Enferm USP. 2005;39(4):460-68.
5. Felli VEA, Peduzzi M. O trabalho gerencial em enfermagem. In: Kurcgant P, coordenadora. Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p. 1-13.
6. Hausmann M, Peduzzi M. Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. Texto Contexto Enferm. 2009;18(2): 258-265.
7. Garlet ER, Trindade LL, Lima MADS, Bonilha ALL. The resignification of management processes in care procedures in nursing. Online Brazilian Journal of Nursing [serial on the Internet]. 2006 [cited 2008 December 11]; 5(3): [about ## p.]. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/613>.
8. Hausmann M. Análise do processo de trabalho gerencial do enfermeiro em um hospital privado no município de São Paulo: possibilidades para o gerenciamento do cuidado. [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2006.
9. Santos JLG, Garlet ER, Lima MADS. Revisão sistemática sobre a dimensão gerencial no trabalho do enfermeiro no âmbito hospitalar. Rev Gaúcha Enferm. 2009;30(3):525-32.
10. Matos E, Pires D. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. Texto Contexto Enferm. 2006;15(3): 508-14

11. Camponogara S, Backes VMS. Gerenciar em Enfermagem: uma reflexão à luz das idéias de Humberto Maturana. REME: rev. min. enferm. 2007; 11(3): 303-10.
12. Erdmann AL, Backes DS, Minuzzi H. Care management in nursing under the complexity view. On-line Braz J Nurs [Internet]. 2008 [cited 2008 December 14]; 7(1): [about ## p.]. Available from: <http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/1033>.
13. Santos JLG, Gehlen GC, Weis AH, Garlet ER, Lima MADS. Nursing practice in emergency care: systematic review. On-line Braz J Nurs [Internet]. 2009 [Cited 2009 December 20]; 8(3): [about ## p.]. Available from: <http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/1243>.
14. Dal Pai D, Lautert L. O trabalho em urgência e emergência e a relação com a saúde das profissionais de enfermagem Rev Lat Am Enfermagem. 2008;16(3):439-44.
15. Garlet ER, Lima MADS, Santos JLG, Marques GQ. Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência. Texto Contexto Enferm.2009;18(2):266-72.
16. Deslandes SF. Frágeis deuses: profissionais de emergência entre os danos da violência e a recriação da vida. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2002.
17. Darolt CF. Concepções dos enfermeiros sobre integralidade em saúde no processo de trabalho em uma unidade de emergência [dissertação]. Itajaí (SC): Programa de Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho, Universidade do Vale do Itajaí; 2007.
18. Garlet ER. O processo de trabalho da equipe de saúde de uma unidade hospitalar de atendimento às urgências e emergências [dissertação] Porto Alegre (RS): Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2008.
19. Tacsí YRC, Vendruscolo DMS. A assistência de enfermagem no serviço de emergência pediátrica. Rev Lat Am Enfermagem 2004;12(3):477-84.
20. Alves M, Ramos FRS, Penna CMM. O trabalho interdisciplinar: aproximações possíveis na visão de enfermeiras de uma unidade de emergência. Texto Contexto Enferm.2005;14(3): 323-31.
21. Lima SBS, Erdmann AL. A enfermagem no processo da acreditação hospitalar em um serviço de urgência e emergência. Acta Paul Enferm. 2006;19(3):271-78.

22. Peixoto MGS. Abordagem gerencial do cuidado de enfermagem em emergência [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2004.
23. Fracolli LA, Granja GF. A utilização da categoria processo de trabalho pela enfermagem brasileira: uma análise bibliográfica. Rev Esc Enferm USP 2005;39(n.spe):597-602.
24. Marx K. O capital: crítica da economia política. 12. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 1988.
25. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EM, Onocko R, organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112
26. Pires DEP. Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil. São Paulo: Annablume, Confederação Nacional dos Trabalhadores da Seguridade Social; 1998.
27. Gonçalves. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde; 1992.
28. Peduzzi M. Trabalho em equipe de saúde da perspectiva de gerentes de serviços de saúde: possibilidades da prática comunicativa orientada pelas necessidades de saúde dos usuários e da população [tese de livre docência]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2007.
29. Gomes ELR. Saber gerir e gerir com saber: a indeterminação do conhecimento administrativo dos enfermeiros [tese de livre docência]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1999.
30. Nóbrega MFB. Processo de trabalho em enfermagem na dimensão do gerenciamento do cuidado em um hospital público de ensino [dissertação]. Fortaleza (CE): Curso de Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Saúde, Universidade Estadual do Ceará; 2006.
31. Almeida MCP, Rocha SM. Considerações sobre a enfermagem enquanto trabalho. In: Almeida MCP, Rocha SM, organizadores. O trabalho de enfermagem. São Paulo: Cortez; 1997. p. 15 – 26.

32. Gomes ELR, Anselmi ML, Mishima SM, Villa TCS, Pinto IC, Almeida MCP. Dimensão histórica da gênese e incorporação do saber administrativo na enfermagem. In: Almeida MCP, Rocha SMN, organizadoras. O trabalho de enfermagem. São Paulo (SP): Cortez; 1997. p. 229-50.
33. Rocha JSY. Acerca do saber e da prática de enfermagem. Cad Saude Publica 1986;2(3):297-303.
34. Sanna MC. Os processos de trabalho em Enfermagem. Rev Bras Enferm. 2007;60(2):221-24.
35. Mishima SM; Villa TCS; Silva EM; Gomes ELR; Anselmi ML; Pinto IC; Almeida MCP. Organização do processo gerencial no trabalho em saúde pública. In: Almeida MCP; Rocha SMM, organizadores. O trabalho de enfermagem. São Paulo (SP): Cortez; 1997. p. 251-96.
36. Prochnow AG. O exercício da gerencial do enfermeiro: cultura e perspectivas interpretativas [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2004.
37. Erdmann AL, Pinheiro PIG. Gerenciamento do Cuidado em enfermagem – Questionando Estratégias. Cogitare Enferm 1998;3(1):89-96.
38. Lima MADS. O trabalho de enfermagem na produção de cuidados de saúde no modelo clínico [tese]. Ribeirão Preto (SC): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1998.
39. Lima RCD. A enfermeira: uma protagonista que produz o cuidado no cotidiano do trabalho em saúde. Vitória: EdUFES; 2001.
40. Lunardi Filho W. O mito da subalternidade do trabalho da enfermagem à medicina [tese]. Florianópolis (SC): Programa de Pós-Graduação em Filosofia da Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina; 1998.
41. Azzolin GMC, Peduzzi M. Processo de trabalho gerencial e processo de enfermagem na perspectiva de docentes de enfermagem. Rev Gaucha Enferm. 2007;28(4):549-55.

42. Sanches VF, Christovam BP, Silvino ZR. Processo de trabalho do gerente de enfermagem em unidade hospitalar - uma visão dos enfermeiros. Esc Anna Nery 2006; 10(2): 214-20.
43. Urbanetto JS, Capella BB. Processo de trabalho em enfermagem: gerenciamento das relações interpessoais. Rev Bras Enferm. 2004; 57(4): 447-52.
44. Rocha AM, Felli VEA. A Saúde do Trabalhador de Enfermagem sob a ótica da Gerência. Rev Bras Enferm. 2004; 57(4): 453-58.
45. Prochnow AG, Leite JL, Erdmann AL. O conflito como realidade e desafio cultural no exercício da gerência do enfermeiro. Rev Esc Enferm USP. 2007; 41(4): 542-50.
46. Willig MH, Lenardt MH, Trentini M. Gerenciamento e cuidado em unidades de hemodiálise. Rev Bras Enferm. 2006; 59(2): 177-82.
47. Costa RA, Shimizu HE. Atividades desenvolvidas pelos enfermeiros nas unidades de internação de um hospital-escola. Rev Lat Am Enfermagem. 2005; 13(5): 654-62.
48. Cecílio LCO, Merhy EE. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro, UERJ/IMS, ABRASCO; 2003. p.197-210.
49. Pinho IC, Siqueira JCBA, Pinho LMO. As percepções do enfermeiro acerca da integralidade da assistência. Rev Eletrônica Enferm. [Internet] 2006 [citado 2008 dez 18];8 (1):42-51. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/original_05.htm.
50. Ministério da Saúde (BR). Política nacional de atenção às urgências. 3ª ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
51. Brasil. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.
52. Shiroma LMB. Classificação de risco em serviço de emergência no contexto da Política Nacional de Humanização do SUS – um desafio para enfermeiros/as [dissertação]. Florianópolis (SC): Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina; 2008.

53. Giglio-Jacquemot A. Urgências e emergências em saúde: perspectivas de profissionais e usuários. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005
54. Ludwig MLM, Bonilha ALL. O contexto de um serviço de emergência: com a palavra, o usuário. Rev Bras Enferm. 2003;56(1):12-17.
55. Vieira SA, Dall'Agnol CM. Concepções de uma equipe multidisciplinar sobre fuga de pacientes. Rev Bras Enferm. 2009;62(1):79-85.
56. Magnago TSBS. Uma reflexão crítica sobre o “modo de fazer” da enfermeira perante o doente traumatizado grave em unidade de pronto-atendimento [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2002.
57. Furtado BMASM, Araújo Jr. JLC, Cavalcanti P. O perfil da emergência do hospital da restauração: uma análise dos possíveis impactos após a municipalização dos serviços de saúde. Rev Bras Epidemiol. 2004;7(3):279-89.
58. Oliveira MLF, Scochi MJ Determinantes da utilização dos serviços de urgência/emergência em Maringá. Cienc. cuid. saude 2002;1(1):129-34.
59. Bittencourt RJ, Hortale VA. A qualidade nos serviços de emergência de hospitais públicos e algumas considerações sobre a conjuntura recente no município do Rio de Janeiro. Cienc Saúde Colet. 2007;12(4):929-34.
60. Santos JS, Scarpelin IS, Brasileiro SLL, Ferraz CA, Dallora MELV, Sá MFS. Avaliação do modelo de organização do HCFMRP-USP, adotando, como referência, as políticas nacionais de atenção às urgências e de humanização. Medicina (Ribeirão Preto) 2003;36:498-515.
61. Poll MA, Lunardi VL, Lunardi Filho WD. Atendimento em unidade de emergência: organização e implicações éticas. Acta Paul Enferm 2008;21(3): 509-14.
62. Marques GQ, Lima MADS. Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde. Rev Latino Am Enfermagem 2007;15(1):13-9.
63. Deslandes SF, Minayo MCS, Oliveira AF. Análise da implementação do atendimento pré-hospitalar. In: Minayo MCS, Deslandes SF, organizadores. Análise diagnóstica da política de saúde para redução de acidentes e violências. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2007. p.139-57.

64. Barrier G. Les appels d'urgence au Samu Emergency calls in the french Samu system. C R Acad Sci. 2001; 324(7):663-6.
65. Garlet ER, Lima MADS, Santos JLG, Marques GQ. Finalidade do trabalho em urgências e emergências. Rev Latino Am Enfermagem 2009;17(4):535-40.
66. Almeida PJS, Pires DEP. O trabalho em emergência: entre o prazer e o sofrimento. Rev Eletrônica Enferm. [Internet] 2007 [citado 2009 fev 18];9(3):617-29. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a05.htm>>.
67. Melo EMC, Assunção AA, Ferreira RA. O trabalho dos pediatras em um serviço público de urgências: fatores intervenientes no atendimento. Cad Saúde Pública 2007; 23(12):3000-10.
68. Coelho MJ, Caldas NP. O atendimento de Emergência no Brasil. In.: Figueiredo NM, Vieira AAB. (Org.). Emergência: atendimento e cuidado de enfermagem. São Caetano do Sul: Yendis Editora; 2006. p.13-40.
69. Wehbe G, Galvão CM. O enfermeiro de unidade de emergência de hospital privado: algumas considerações Rev Lat Am Enfermagem 2000;8(2):86-90.
70. Almeida, PJS. O conflito no processo de trabalho da equipe de emergência [dissertação]. Florianópolis (SC): Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina; 2007.
71. Lima SBS. A gestão da qualidade na assistência de enfermagem: significação das ações no olhar da acreditação hospitalar no pronto socorro [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2008.
72. Bettinelli LA. Cuidado Solidário. Passo Fundo: Pe. Berthier, 1998.
73. Lima SBS. Acreditação Hospitalar: construção de uma proposta organizativa das ações de enfermagem no pronto socorro de um hospital universitário [dissertação]. Florianópolis (SC): Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina; 2003.
74. Pardey TGM. Nurse practitioners in Australian emergency departments. Australian Emergency Nursing Journal, Melbourne 2004;7(2):3-4.

75. Cole FL, Ramirez EG. Nurse Practitioners in Emergency Care. *Topics in Emergency Medicine* 2005;27(2):95-100.
76. Carter AJ, Chochinov AH. A systematic review of the impact of nurse practitioners on cost, quality of care, satisfaction and wait times in the emergency department. *CJEM* 2007;9(4):297-99.
77. Norman S. Making sense of higher level practice. *Nursing Standard* 2000;14:49-5.
78. Pearson A, Ba SP. Advanced practice in nursing: International perspective. *International Journal of Nursing Practice* 2002;8(2):S1 – S4.
79. Emergency Nurses Association. Competencies for Nurse Practitioners in Emergency Care, 2008. Disponível em: www.ena.org/nursing/advanced/ENANPCompetencies_Dec2008.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2009.
80. Goldenberg M. A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais. 10ª ed. Rio de Janeiro: Record; 2007.
81. Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Rev Saude Publica*. 2005; 39(3): 507-14.
82. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 3ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2005.
83. Martins GA. Estudo de caso: uma estratégia de pesquisa. 2ª ed. São Paulo: Atlas; 2008.
84. Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas; 1987.
85. Cartana MH, Souza ML, Reibnitz KS, Castilho MMA. El estudio de caso en investigación de enfermería. In: Prado, ML, Carraro TE, Souza ML, organizadores. *Investigación cualitativa en enfermería: contexto y bases conceptuales*. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 2008. p. 213-221.

86. Riboldi CO. Dimensão do absenteísmo entre trabalhadores de enfermagem do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. [Dissertação]. Porto Alegre (RS): Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2008.
87. Turato ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humana. 2ª ed. Petrópolis: Vozes; 2003.
88. Becker HS. Métodos de pesquisa em ciências sociais. 4ª ed. São Paulo: Hucitec; 1999.
89. VÍctora CG, Knauth DR, Hassen MNA. Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Ed.; 2000.
90. Negrini A. Instrumentos de coleta de informações na pesquisa qualitativa. In: Trivinos ASN, Neto VM, organizadores. A pesquisa qualitativa na educação física: alternativas metodológicas. 2ª ed. Porto Alegre: Universidade/UFRGS/Sulina, 2004. p. 61–93.
91. Prado ML, Del Valle AMQ, Ortiz LGC, González ER. El diseño en la investigación cualitativa. In: Prado ML, Carraro, TE, Souza ML, organizadores. Investigación cualitativa en enfermería: contexto y bases conceptuales. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 2008. p. 87-100.
92. Lüdke M, André MEDA. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU; 1986.
93. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10. ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
94. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.
95. Brasil. Resolução número 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre as diretrizes e as normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, DF, 10 de out. 1996.
96. Hirshon JM, Morris DM. Emergency medicine and the health of the public: the critical role of emergency departments in US public health. *Emerg Med Clin North Am* 2006;24:815-9.

97. Xavier ACM, Nogueira JF, Laporte PP, Perozzo BK. O procedimento de triagem na emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Revista HCPA 2009; 29(sup):318-18.
98. Baggio MA, Callegaro GD, Erdmann AL. Compreendendo as dimensões de cuidado em uma unidade de emergência hospitalar. Rev Bras Enferm. 2009;62(3): 381-86.
99. Chicano D, Francisco J. La enfermera de recepción, acogida y clasificación. Enfermería global: revista electrónica semestral de enfermería [Internet]. 2005 [citado 2010 fev 16];6. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/505/502.p.1-11>
100. Albino RM Grosseman S, Riggenbach V. Classificação de risco: uma necessidade inadiável em um serviço de emergência de qualidade. ACM arq. catarin. Med 2007;36(4):70-75.
101. Batista KM, Bianchi ERF. Estresse do enfermeiro em unidade de emergência. Rev Latino-am Enfermagem. 2006;14(4):534-9.
102. Menzani G, Bianchi ERF. Stress dos enfermeiros de pronto socorro dos hospitais brasileiros. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2009 [citado 2010 fev 10];11(2):327-33. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a13.htm>.
103. Alfaro-Lefevre R. Aplicação do processo de enfermagem: um guia passo a passo. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2005.
104. Grupo de Trabalho do Diagnóstico de Enfermagem (GTDE). Sistematização da assistência de enfermagem no HCPA. Porto Alegre; 2006.
105. Silva EE, Campos LF. Passagem de plantão na enfermagem: revisão da literatura. Cogitare Enferm 2007;12(4):502-7.
106. Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Assessoria de Comunicação. HCPA: Um hospital público e universitário na frente contra a Infuenza A-H1N1. Porto Alegre (RS); 2009.
107. Millán EM. Y si adaptáramos los servicios hospitalarios de urgencias a la demanda social y no a las necesidades de salud? Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias 2008;20(4):276-84.

108. Rodrigues FCP, Lima MADS. A multiplicidade de atividades realizadas pelo enfermeiro em unidades de internação. *Rev Gaucha Enferm.* 2004; 25(3): 314-22.
109. Montezeli JH. O trabalho do enfermeiro no pronto-socorro: uma análise na perspectiva das competências gerenciais [dissertação]. Curitiba (PR): Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná; 2009.
110. Nauderer TM, Lima MADS. Práticas de enfermeiros em unidades básicas de saúde em município do sul do Brasil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2008;16(5): 889-94.
111. Traesel EL; Merlo ARC. A psicodinâmica do reconhecimento no trabalho de enfermagem. *PSICo* 2009;40(1):102-109.
112. Santos SR. Sistema de informação em enfermagem: interação do conhecimento tácito-explicito. *Rev Bras Enferm.* 2005;58(1):100-04.
113. Peres AM, Ciampone MHT Gerência e competências gerais do enfermeiro. *Texto Contexto Enferm.*2006;15(3): 492-499.
114. Kim DH. Administrando os ciclos de aprendizado organizacional. In: Wardman KT. *Criando organizações que aprendem.* São Paulo: Futura; 1996.
115. Santos, SCG. Avaliação da personalidade de gerentes de alto desempenho por meio do método de Rorschach [tese]. Porto Alegre (RS): Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica; 2009.
116. Guerra ST. O conflito no exercício gerencial do enfermeiro no contexto hospitalar [dissertação]. Santa Maria (RS): Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria; 2008.
117. Ciampone MH, Melleiro MM. O planejamento e o processo decisório como instrumentos do processo de trabalho gerencial. In: Kurcgant P, organizador. *Gerenciamento em Enfermagem.* São Paulo: Guanabara Koogan; 2005. p. 37-53.
118. Ywata GCC, Danski MTR, Mingorance P, Pedrolo E, Lazzari LSM. A prática do enfermeiro assistencial em um serviço de pronto atendimento adulto. *Cogitare Enferm* 2009; 14(4):734-9.

119. Barbosa PM. Sistematização da Assistência de Enfermagem Informatizada. Rev Nursing. 2007;108(9): 212-13.
120. Azeredo L, Silva R, Giustina A, Lima A. Aspects concerning the implementation of the nursing care systematization: descriptive study. On-line Braz J Nurs [Internet]. 2009 [Cited 2010 February 17]; 8(2): [about ## p.]. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/2392>
121. Pai DD, Lautert L. Estratégias de enfrentamento do adoecimento: um estudo sobre o trabalho da enfermagem. Acta paul. enferm. 2009; 22(1): 60-65.
122. Girardon-Perlini NMO, Pilatto MTS. Entre o medo da morte e a confiança na recuperação: a experiência da família durante um atendimento de emergência. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2008 [citado 2010 fev 15];10(3):721-32. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/v10n3a18.htm>.
123. Gaidzinski RR, Fugulim FMT, Castilho V. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições de saúde. In: Kurcgant P, organizador. Gerenciamento em Enfermagem. São Paulo: Guanabara Koogan; 2005. p. 125-38.
124. Castilho V, Gonçalves VLM. Gerenciamento de recursos materiais. In: Kurcgant P, coordenadora. Gerenciamento em enfermagem. São Paulo (SP): Guanabara Koogan; 2005; p.157-70.
125. Oliveira NC, Chaves LDP. Gerenciamento de recursos materiais: o papel do enfermeiro de UTI. Rev. RENE 2009;10(4):19-27.
126. Lourenço KG, Castilho V. Classificação ABC dos materiais: uma ferramenta gerencial de custos em enfermagem. Rev Bras Enferm. 2006; 59(1): 52-55.
127. Santos JLG, Silva RM, Prochnow AG, Beck CLC, Pedrosa MLR, Leite JL. The leadership exercise by a nurse in a context of labor organization in health and nursing: some considerations. Revista de enfermagem UFPE on line 2009;3(4):433-39.
128. Silva SG, Prochnow AG, Santos JLG, Guerra ST, Barrios SG. The communication between nursing team and the families of intensive care patients: qualitative study. Online Brazilian Journal of Nursing [serial on the Internet]. 2009 July 11; [Cited 2010 February 17]; 8(2):[about ## p.]. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/2317>.

129. Merhy EE, Feurwerker LCM, Ceccim RB. Educación permanente en salud: una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. *Salud Colectiva*. 2006;2(2):147-60.
130. Peduzzi M, Del Guerra D, Braga CP, Lucena FS, Silva JAM. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e educação continuada em saúde presentes no cotidiano de unidades básicas de saúde em São Paulo.. *Interface (Botucatu)* 2009;13(30): 121-34.
131. Silva AM, Peduzzi M. Caracterização das atividades educativas de trabalhadores de enfermagem na ótica da educação permanente. *Rev. Eletr. Enf. [Internet]*. 2009[citado 2010 mar 03];11(3):518-26. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a08.htm>.
132. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev. Saúde Pública* 2001;35(1): 103-09.
133. Pereira WAP, Lima MADS. O trabalho em equipe no atendimento pré-hospitalar à vítima de acidente de trânsito. *Rev Esc Enferm USP*. 2009; 43(2): 320-327.
134. Martins JT, Robazzi MLCC, Marziale MHP, Garanhani ML, Haddad MCL. Significados do gerenciamento de unidade de terapia intensiva para o enfermeiro. *Rev Gaúcha Enferm*. 2009;30(1):113-9.
135. Cecílio LCO. É possível trabalhar o conflito como matéria-prima da gestão em saúde? *Cad. Saúde Pública*. 2005; 21(2):508–16.
136. Freitas AS, Mielke FB, Riboldi CO, Soares NV, Olschowsky A, Dall'Agnol CM. Coordenação de grupos na enfermagem reflexões à luz de Pichon-Rivière. *REME: rev. min. enferm.*2009;13(2):288-92.
137. Cardoso C. Desafio: Risco e Atratividade. *Desafio 21: Gestão & Competitividade*, 2000;100. Disponível em: <http://www.redegestao.com.br/desafio21/gec100.html>.
138. Weiss SJ, Derlet R, Arndahl J, Ernst AA, Richards J, Fernández-Frackelton M, et al. Estimating the degree of emergency department overcrowding in Academic Medical Center: results of the National ED Overcrowding Study (NEDOCS). *Acad Emerg Med* 2004;11:38-50.

139. Santos I, Oliveira SRM, Castro CR. Gerência do processo de trabalho em enfermagem: liderança da enfermeira em unidades hospitalares. *Revista Texto Contexto Enferm.*2006; 15(3): 393-400.
140. Svaldi JSD, Lunardi Filho WD, Gomes GC. Apropriação e uso de conhecimentos de gestão para a mudança de cultura na enfermagem como disciplina. *Texto Contexto Enferm.*2006; 15(3): 500-507.
141. O'Dwyer GO, Oliveira SP, Seta MH. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QualiSUS. *Ciênc. saúde coletiva* 2009 Dec; 14(5): 1881-1890.
142. Santos JLG. A comunicação no exercício gerencial do enfermeiro no ambiente hospitalar [trabalho de conclusão de curso]. Santa Maria (RS): Curso de Bacharelado em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria; 2007.
143. Freire P. *Pedagogia do oprimido*. 42ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Paz e Terra; 2005.
144. Assunção, AA; Belisário, SA; Campos, FE; D'Ávila, LS. Recursos humanos e trabalho em saúde: os desafios de uma agenda de pesquisa. *Cad. Saúde Pública* 2007;23(supl.2):S193-S201.
145. Pai DD, Schrank G, Pedro ENR. O enfermeiro como ser sócio-político: refletindo a visibilidade da profissão do cuidado. *Acta Paul. Enferm.* 2006;19(1): 82-87.

APÊNDICE A – Roteiro para observação participante**Data:****Turno:** () M () T () N () Intermediário () 6º turno**Início:****Término:****Local:** () Acolhimento e Triagem () SIB/SO1 () SO2 () UV/SI () UP

1. Descrição do processo de trabalho gerencial do enfermeiro em um serviço hospitalar de emergência.

- **Objeto:** organização do trabalho e da equipe de enfermagem para a assistência e articulação das práticas dos demais profissionais de saúde.
- **Instrumentos:** os diferentes saberes administrativos, materiais, equipamentos e instalações e os instrumentos técnicos da gerência, como: dimensionamento de pessoal, planejamento, educação continuada/permanente, supervisão, avaliação de desempenho, entre outros.
- **Finalidade:** favorecer o processo de produção do cuidado visando à atenção integral à saúde dos usuários em situação de urgência e emergência.

2. Descrição das relações estabelecidas entre o enfermeiro e os integrantes da equipe de enfermagem e os usuários durante o processo gerencial.

APÊNDICE B – Roteiro para entrevista semi-estruturada

PARTE I – Dados sócio-profissionais

1. Idade: ____ anos
2. Sexo: () M () F
3. Turno: () M () T () N () Intermediário () 6º
4. Tempo de atuação: () anos na Enfermagem, () anos no Hospital e () anos no Serviço de Emergência
5. Titulação: () Graduação () Especialista () Mestre () Doutor
Em caso, de formação em nível de Pós-Graduação, especificar área.
6. Já realizou cursos sobre gerenciamento: () não () sim, especificar tipo de curso e se vinculado ao Hospital: _____

PARTE II – Questões

1. Fale-me um pouco sobre seu trabalho e as atividades que realiza.
2. Na tua opinião, qual é a finalidade do trabalho da enfermagem em emergência? Ela tem sido alcançada?
3. Quais funções gerenciais que você desempenha no seu trabalho no serviço de emergência?
4. O que é para você gerenciamento de enfermagem?
5. Como você organiza o processo de cuidar com sua equipe para que ele funcione? (o que faz e quem faz?)
6. Na sua opinião, o que os profissionais da equipe de saúde esperam do seu trabalho?
7. Quais os conhecimentos necessários para a realização do teu trabalho? E para o desenvolvimento das suas atividades gerenciais?
8. Existem diferenças quanto ao trabalho e à gerência que você executa nos setores e/ou turnos de trabalho aqui na emergência?
9. Quais os desafios presentes no seu trabalho?
10. Quais as atividades que lhe proporcionam satisfação no seu trabalho?
11. Você tem propostas/sugestões para melhor realizar o trabalho gerencial?
12. Gostaria de comentar algo sobre esta entrevista ou acrescentar sua opinião acerca de algum aspecto não abordado e que julga pertinente?

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Projeto de Pesquisa: O processo de trabalho gerencial do enfermeiro na unidade de emergência de um hospital universitário

Equipe do Projeto:

Pesquisador responsável: Profa. Dra. Maria Alice Dias da Silva Lima – Telefones: 9678-2818 e 3308-5481. E-mail: malice@enf.ufrgs.br.

Pesquisador Mestrando: José Luís Guedes dos Santos – Telefones: 9926-4595 e 3029-2435. E-mail: joseenfermagem@yahoo.com.br.

Instituição de origem: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGENF/UFRGS)

Prezado(a) Participante,

Gostaria de convidá-lo(a) a participar de uma pesquisa que tem como objetivo compreender o processo de trabalho gerencial do enfermeiro em uma unidade hospitalar de atendimento às urgências e emergências. Esse estudo tem finalidade acadêmica e destina-se à elaboração de Dissertação de Mestrado que será apresentada ao PPGENF/UFRGS.

Os dados serão coletados por meio de observação participante e entrevista semi-estruturada. As observações serão registradas em um diário de campo e terão como foco o processo de trabalho gerencial do enfermeiro. As entrevistas serão gravadas e transcritas posteriormente. Os dados coletados, depois de organizados e analisados, serão divulgados e publicados, ficando os pesquisadores comprometidos em apresentarem o relatório final na instituição pesquisada. Salienta-se que o anonimato dos participantes e o caráter confidencial das informações recebidas serão garantidos em todos os momentos da investigação.

Esta pesquisa não envolve riscos de natureza física ou psicológica, nem acarretará em repercussões funcionais ou implicações legais aos seus participantes. Os participantes do estudo poderão retirar o seu consentimento e desistir de participar da pesquisa em qualquer momento da sua realização, sem que isso lhe traga prejuízos. Os benefícios do estudo são visualizados no sentido de contribuir com as práticas gerenciais dos enfermeiros em emergência.

Fica assegurado o direito dos participantes do estudo de receber resposta a todas as dúvidas acerca dos assuntos referentes ao desenvolvimento da pesquisa. Para tanto, neste Termo estão registrados os telefones e endereços eletrônicos para contato com os pesquisadores.

José Luís G. dos Santos
 José Luís Guedes dos Santos
 Pesquisador Mestrando

Maria Alice Lima
 Maria Alice Dias da Silva Lima
 Pesquisador Responsável

HCPA / GPPD Data: _____
RECEBIDO
 15 ABR. 2009
 Por Patrícia
 Proj. nº 02151

Assinatura do Participante _____

HCPA / GPPG
 VERSÃO APROVADA
 07/05/2009
 WZ

**ANEXO A – Documento de aprovação do Projeto de Pesquisa no
Comitê de Ética em Pesquisa**



HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação
COMISSÃO CIENTÍFICA E COMISSÃO DE PESQUISA E ÉTICA EM SAÚDE

A Comissão Científica e a Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde, que é reconhecida pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS como Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA e pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB00000921) analisaram o projeto:

Projeto: 09-151

Versão do Projeto: 15/04/2009

Versão do TCLE: 15/04/2009

Pesquisadores:

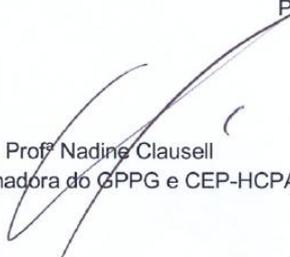
MARIA ALICE DIAS DA SILVA LIMA

JOSE LUIS GUEDES DOS SANTOS

Título: O PROCESSO DE TRABALHO GERENCIAL DO ENFERMEIRO NO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Este projeto foi Aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos, inclusive quanto ao seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais, especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Os membros do CEP/HCPA não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores. Toda e qualquer alteração do Projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente ao CEP/HCPA. Somente poderão ser utilizados os Termos de Consentimento onde conste a aprovação do GPPG/HCPA.

Porto Alegre, 07 de maio de 2009.


Prof. Nadine Clausell
Coordenadora do GPPG e CEP-HCPA

ANEXO B – Protocolo para classificação de risco

