

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

ESTELA REGINA GARLET

**O PROCESSO DE TRABALHO DA EQUIPE DE SAÚDE DE UMA UNIDADE
HOSPITALAR DE ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS**

Porto Alegre

2008

ESTELA REGINA GARLET

**O PROCESSO DE TRABALHO DA EQUIPE DE SAÚDE DE UMA UNIDADE
HOSPITALAR DE ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito para obtenção do título de MESTRE EM ENFERMAGEM.

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

**Porto Alegre
2008**

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

G233p Garlet, Estela Regina

O processo de trabalho da equipe de saúde de uma unidade hospitalar de atendimento às urgências e emergências [manuscrito] / Estela Regina Garlet. – 2008.
96 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2008.
Orientação: Maria Alice Dias da Silva Lima.

1. Serviços médicos de emergência. 2. Equipe de assistência ao paciente. 3. Emergências. 4. Serviço hospitalar de emergência.
I. Lima, Maria Alice Dias da Silva. II. Título.

NLM: WB105

Bibliotecária responsável: Jacira Gil Bernardes - CRB 10/463

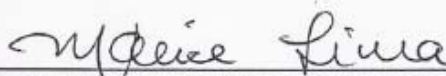
ESTELA REGINA GARLET

**O PROCESSO DE TRABALHO DA EQUIPE DE SAÚDE DE UMA UNIDADE
HOSPITALAR DE ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito para obtenção do título de MESTRE EM ENFERMAGEM.

Aprovada em Porto Alegre, 30 de maio de 2008.

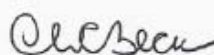
BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Maria Alice Dias da Silva Lima

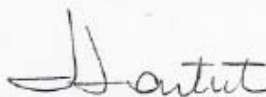
Presidente

Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS



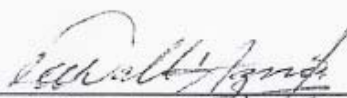
Profa. Dra. Carmem Lúcia Colomé Beck

Universidade Federal de Santa Maria – UFSM



Profa. Dra. Liana Lautert

Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS



Profa. Dra. Clarice Dall'Agnol

Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS

“Ao meu querido pai e amigo Expedito Lago Garlet, que, mesmo deixando a vida tão cedo e inesperadamente, plantou em mim um sonho que hoje se materializa, enviando-me força até mesmo quando já não havia mais; tenho certeza de que sempre esteve e estará a me conduzir. Obrigada por tudo”.

AGRADECIMENTOS

À minha família, em especial à minha mãe, de quem tive que estar longe, durante quase dois anos, para que fosse possível realizar este trabalho.

A meu esposo, Oclecio Uliana, companheiro nesta grande aventura que foi o Mestrado na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, pelo carinho, pelo amor, pela compreensão, pela motivação, nos momentos difíceis, e pelo estímulo para continuar. Este trabalho também é um pouco seu e sem esse apoio nunca seria realizado.

À minha Orientadora, Professora Doutora Maria Alice Dias da Silva Lima, que teve sempre respostas para as minhas dificuldades e orientou todo o meu processo de aprendizagem, pelo exemplo de excelência profissional e pelas excelentes contribuições dadas à elaboração deste trabalho, pela paciência dispensada e por ter sido muito mais que Orientadora!

Às Doutoradas Liana Lautert, Clarice Dall'Agnol e Carmem Lúcia Colomé Beck, pelas colaborações importantes ao projeto, apresentadas no exame de qualificação e na defesa da dissertação.

À minha querida amiga e colega Doutoranda Giselda Quintana Marques, pelo companheirismo e amizade, por partilhar seus conhecimentos e ensinamentos comigo, pela compreensão, ajuda, dedicação nos momentos de alegria e angústia vivenciados durante todo o período de Mestrado, demonstrando ter sido muito mais que colega!

À Mestranda Rosane Ciconet, pela possibilidade de conhecê-la por me transmitir suas riquíssimas vivências e experiências no trabalho em serviços de emergência, e também pelo incentivo em momentos delicados desta caminhada.

Ao colega Mestrando, José Luís Guedes dos Santos, que, mesmo tão jovem, possui tamanha experiência como pesquisador em Enfermagem, pela disponibilidade em ler, comentar meus escritos e compartilhar carinhosamente seu saber. Que nossa amizade e parceria acadêmica se consolidem cada vez mais!

A todos os colegas e professores do Grupo de Estudos em Saúde Coletiva (GESC), com quem tive possibilidade de compartilhar experiências, dificuldades, questionamentos e, algumas vezes, respostas para as inquietações.

Aos professores do programa de Pós-Graduação em Enfermagem, pela aprendizagem proporcionada, pela simpatia e pelo acolhimento.

Aos colegas de Mestrado Márcio, Paulo, Cecília, Vivian, Tatiana, pela possibilidade de conhecê-los, em especial à colega Letícia de Lima Trindade, pela parceria e apoio, no início do Curso e por me incentivar em momentos delicados dessa caminhada.

A todos os profissionais que atuam na Unidade de Emergência, onde esta pesquisa foi desenvolvida, por aceitarem participar desta proposta e partilhar comigo as vivências do dia-a-dia do trabalho.

Às auxiliares de pesquisa, Claudia Lima de Lima e Michele Raddatz, pela seriedade com que assumiram a tarefa, pela precisão nos relatos realizados e por terem, tão cedo, compreendido o verdadeiro papel de um pesquisador de saúde.

À administração e a todos os colegas da Secretaria Municipal de Saúde de Pinhal Grande, pelo apoio e compreensão nos tempos do Mestrado.

Ao Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria e a todas as professoras do Curso de Enfermagem, pela sensibilidade e compreensão, em especial à Professora Doutora Laura Azevedo Guido.

A todas as pessoas ou Instituições que direta ou indiretamente participaram desta caminhada e que contribuíram para que esta dissertação se tornasse realidade.

A todos,

Muito Obrigada!

“Que todas as equipes de saúde advoguem o direito à saúde da população e que todos respeitem nossas equipes, não vendo nos atendimentos às Urgências espetáculos cinematográficos, mas momentos de crise e cuidados”.

Humberto Costa

RESUMO

Este estudo tem como objetivo analisar o processo de trabalho da equipe de saúde de uma Unidade hospitalar de atendimento às urgências e emergências. Trata-se de um estudo de caso, com uma abordagem qualitativa. A coleta de dados foi realizada por meio de observação não-estruturada, observação estruturada por amostragem de tempo e entrevista semi-estruturada, no período de junho a setembro de 2007, em uma Unidade de emergência de um Hospital Público e Universitário do interior do estado do Rio Grande do Sul. O foco de observação foi o processo de trabalho na Unidade de emergência: objeto, agentes/instrumentos, organização e relações. As entrevistas foram realizadas para conhecer as concepções dos agentes quanto ao trabalho na Unidade de emergência. Os dados obtidos foram classificados em estruturas de relevância e, posteriormente, agrupados em um núcleo denominado: O processo de trabalho da equipe de saúde de uma Unidade hospitalar de atendimento às urgências e emergências. Os resultados encontrados demonstram que, por estar inserida no ambiente hospitalar e receber influência do modelo médico-hegemônico, essa Unidade apresenta uma organização do processo de trabalho centrada na figura do médico e na doença. Os demais integrantes da equipe desenvolvem atividades complementares e necessárias à sua atividade clínica. A enfermagem é parte integrante da equipe de saúde que atua na Unidade de emergência e depende também, como os demais profissionais, das decisões médicas. A enfermeira tem autonomia no que diz respeito ao trabalho de Enfermagem, realiza ações de cuidado direto ao paciente, gerenciamento de pessoal de enfermagem, definição de atendimentos de urgência, indicação de recursos materiais a serem utilizados em relação aos procedimentos. O processo de trabalho é composto por vários agentes: médicos, enfermeiras, técnicos e auxiliares de enfermagem, fisioterapeutas, nutricionistas, assistentes sociais, entre outros, que caracterizam a presença de um trabalho coletivo. Entretanto, as ações são realizadas de maneira fragmentada e compartimentalizada. A finalidade que orienta o trabalho dos diferentes profissionais é a produção de cuidados aos usuários em situações críticas de vida, para obter como produto final o diagnóstico e o tratamento dos agravos à saúde. No processo de trabalho na Unidade de emergência, foi evidenciado um desencontro entre as necessidades de saúde que levam os usuários

a procurar a Unidade e a finalidade do trabalho, destacada pelos profissionais. A população não reconhece a organização da rede assistencial à saúde baseada na hierarquização e regionalização. Assim, utiliza os serviços de saúde de acordo com as necessidades do momento, procurando atendimento onde tiverem seus problemas resolvidos.

Descritores: Emergências. Serviços médicos de emergência. Equipe de assistência ao paciente. Organização e administração.

Linha de pesquisa: Políticas e Práticas em Saúde e Enfermagem.

RESUMEN

Este estudio tiene como objetivo analizar el proceso de trabajo del equipo de salud de una Unidad hospitalaria de atención a las urgencias y emergencias. Se trata de un estudio de caso, con un abordaje cualitativo. La recolección de los datos fue realizada por medio de una observación no estructurada, una observación estructurada por muestreo de tiempo y una entrevista semi-estructurada en el periodo de junio a septiembre de 2007, en una Unidad de emergencia de un Hospital Público y Universitario del interior de la provincia del Rio Grande do Sul. El foco de observación fue el proceso de trabajo en la Unidad de emergencia: el objeto, los agentes/instrumentos, la organización y las relaciones. Las entrevistas fueron realizadas para conocer las concepciones de los agentes en lo que se refiere al trabajo en la Unidad de emergencia. Los datos obtenidos fueron clasificados en estructuras de relevancia y, posteriormente, agrupados en un núcleo nombrado: "El proceso de trabajo del equipo de salud de una Unidad hospitalaria de atención a las urgencias y emergencias". Los resultados encontrados demuestran que, por estar inserta en el ambiente hospitalario y recibir influencia del modelo médico-hegemónico, esa Unidad presenta una organización del proceso de trabajo centrada en la figura del médico y en la enfermedad. Los demás integrantes del equipo desarrollan actividades complementarias y necesarias a su actividad clínica. La enfermería es parte integrante del equipo de salud que actúa en la Unidad de emergencia y depende, también, como los demás profesionales, de las decisiones médicas. La enfermera tiene autonomía en lo que se refiere al trabajo de Enfermería, realiza acciones de cuidado directo al paciente, gestión del personal de enfermería, definición de atenciones de urgencia, indicación de recursos materiales a ser utilizados con relación a los procedimientos. El proceso de trabajo está compuesto por varios agentes: médicos, enfermeras, técnicos y auxiliares de enfermería, fisioterapeutas, nutricionistas, asistentes sociales, entre otros, que caracterizan la presencia de un trabajo colectivo. Sin embargo, las acciones son realizadas de manera fragmentada y compartimentalizada. La finalidad que orienta el trabajo de los diferentes profesionales es la producción de los cuidados a los usuarios en situaciones críticas de vida, para obtener como producto final el diagnóstico y el tratamiento de los daños a la salud. En el proceso de trabajo en la Unidad de

emergencias, fue evidenciado un desacuerdo entre las necesidades de salud que llevan a los usuarios a buscar la Unidad y la finalidad del trabajo destacada por los profesionales. La población no reconoce la organización de la red de asistencia a la salud basada en la jerarquización y regionalización. Así, utiliza los servicios de salud de acuerdo con las necesidades del momento, buscando atención donde tengan resueltos sus problemas.

Descriptores: *Urgencias médicas. Servicios médicos de urgencia. Grupo de atención al paciente. Organización y administración.*

Línea de investigación: *Políticas y Prácticas en Salud y Enfermería.*

ABSTRACT

This study aims at the analysis of the working process of a health team in a hospital emergency Ward. It is a case study with a qualitative approach. The collection of data was conducted through non-structured observation, structured observation by time sample and semi-structured interview, from June to September 2007, at a Public University Hospital emergency Ward in the state of Rio Grande do Sul. The observation focused on the working process in the emergency Ward: object, agents/instruments, organization and relationships. The interviews were made to recognize the conceptions of the agents on the work in emergency Units. The obtained data were classified in relevance structures and lately grouped in a group called: The process of work in a health care team from a hospital emergency Ward. The results reached showed that, due to the fact of being in a hospital environment and receiving influence from the hegemonic-medical model, this Unit presents a working organization process centered onto the physician figure and the type of sickness. The other members of the team develop activities that are complementary and necessary to the clinical activity. Nursing is part of the health care team which works at the emergency Unit and depends, as well as the other professionals, on the medical decisions. The nurse is autonomous in Nursing work, takes actions within the directly related care to the patient, nursing staff management, emergency service definition, indication for material resources to be used in the procedures. The working process is compound by many agents: physicians, nurses, technicians and auxiliaries, physical therapists, nutritionists, social assistants, among others; which characterize the presence of a collective work. The actions, however, are taken in a fragmented and compartmentalized way. The goal that orients the work of different professionals is the production of care to the users in critical life situations, to obtain as a final product the health problems diagnosis and treatment. In the process of work in an emergency Unit it was evidenced a difference among the health necessities that lead the users to look for a Unit and the assistance, highlighted by the professionals. The population does not recognize the organization of the assistencial network to the health based on hierarquization and regionalization. This way, it makes use of the health services in accordance with the necessities of the moment, looking for service where their problems might be solved.

Descriptors: *Emergencies. Emergency medical services. Patient care team.
Organization and administration.*

Research line: *Policies and Practics in Health and Nursing.*

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO E SUA FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA..	20
2.1 O Trabalho em Saúde.....	20
2.2 O Trabalho em Unidades Hospitalares de Atendimento às Urgências e Emergências	24
2.3 Objetivos	30
2.3.1 Geral.....	30
2.3.2 Específicos	30
3 CAMINHO METODOLÓGICO	31
3.1 Caracterização do Estudo	31
3.2 Exploração do Campo.....	31
3.3 Considerações Éticas	34
3.4 Coleta dos Dados	34
3.4.1 Observação	35
3.4.2 Entrevistas.....	37
3.5 Análise dos Dados	38
4 O PROCESSO DE TRABALHO DA EQUIPE DE SAÚDE DE UMA UNIDADE HOSPITALAR DE ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS.....	40
4.1 Organização Tecnológica do Trabalho.....	40
4.2 O Trabalho na Unidade de Emergência: a fragmentação e a centralidade do trabalho médico.....	46
4.3 A Superlotação e o Atendimento aos Usuários em Situações de Urgência e Emergência.....	67
4.4 A Finalidade do Trabalho na Unidade de Emergência: desencontro entre as expectativas dos trabalhadores e as necessidades dos usuários	78
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	84
REFERÊNCIAS.....	88
APÊNDICE A – Roteiro para Realização da Observação	93
APÊNDICE B – Roteiro para Realização da Entrevista Semi-estruturada	94
APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	95

ANEXO A – Autorização do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.....	96
--	-----------

1 INTRODUÇÃO

A proposta deste estudo é analisar o processo de trabalho da equipe de saúde de uma Unidade hospitalar de atendimento às urgências e emergências, que fazem parte do componente hospitalar do sistema de atenção, instituído pela Política Nacional de Atenção às Urgências (BRASIL, 2006).

Estudos já realizados como os de Ludwig (2000), Rosa (2001), Deslandes (2002), Magnago (2002), Batista e Bianchi (2006) e Lima e Erdmann (2006) apontam para a necessidade de ser ampliado o conhecimento a respeito do trabalho em Unidades de emergência. Também é consenso entre essas autoras a especificidade da dinâmica do trabalho nesse setor, tendo em vista a tensão que se apresenta no momento da tomada de decisão, baseada na coordenação de um líder e a execução pelos demais membros da equipe, o que indica a presença de uma organização própria do processo de trabalho.

Outro aspecto, que merece atenção na organização do trabalho nas Unidades de atendimento às urgências e emergências, é o fenômeno da superlotação de pacientes, muitas vezes com demandas de cuidados de saúde não-urgentes que, de alguma forma, parecem estar interferindo no processo de trabalho.

De acordo com Deslandes (2002), é inegável a tensão e a insatisfação que os profissionais demonstram, além do sentimento de impotência e desmotivação por enfrentarem pesadas jornadas de trabalho, nas quais estão submetidos, ao atender um número de pacientes muito além da capacidade de profissionais disponíveis.

Magnago (2002) evidenciou a necessidade de reorganização de uma Unidade de emergência, em virtude da ocorrência de vários fatores como: constante superlotação, necessidade de melhoria na área física e infra-estrutura, melhoria na oferta de recursos tecnológicos, além da necessidade de recursos humanos qualificados e em número condizente com a realidade de procedimentos realizados.

Lima e Erdmann (2006) consideram que a excelência da assistência em Unidades de emergência está diretamente relacionada com a organização do serviço dentro da Instituição. Oferecer serviços qualificados nessas áreas passa a ser um desafio para as Instituições de saúde. Os Hospitais Universitários têm se

transformado em centros especializados, o que os situa entre as mais complexas organizações e cuja qualidade de serviços precisa ser reconhecida pela sociedade.

Nesse contexto, salienta-se a necessidade de conhecer como está organizado o trabalho em Unidades de emergência e quais as tecnologias empregadas a fim de atender à sua finalidade, que é a produção de cuidados em situações agudas e graves.

Essas Unidades têm realizado um número expressivo de atendimentos, ocasionando uma permanente situação de superlotação e inversão de demanda. Essa situação parece ser um problema vivenciado pela maioria das Unidades públicas de emergência do Brasil e tem interferido consideravelmente na organização do processo de trabalho nesses serviços (STEIN, 1998; LUDWIG, 2000; MAGNAGO, 2002).

Vários estudos realizados (LUDWIG, 2000; ROSA, 2001; DESLANDES, 2002; MAGNAGO, 2002; VIEIRA, 2005) apontam que o trabalho nessas Unidades está organizado mais para suportar as conseqüências da demanda do que propriamente produzir à sua finalidade. Entende-se que, na constatação desse fato, reside a relevância do presente estudo, visto que a interferência de fatores como a superlotação e a procura de pacientes com necessidades consideradas não-urgentes, podem estar interferindo em todo processo de produção de saúde em casos de emergência.

Inicialmente, no Brasil, a resposta social às emergências baseava-se na assistência dos médicos familiares em qualquer tipo de afecção, incluindo as graves, reservando-se a assistência hospitalar para casos determinados por critérios estabelecidos por esses profissionais. Contudo, pouco a pouco, essa idéia foi abandonada e substituída pela idéia de que uma ida à Unidade de emergência era sinônimo de uma consulta rápida. Essa alteração se deveu, em grande parte, à incapacidade dos serviços de saúde da atenção básica de dar resposta à grande afluência de pacientes (RODRIGUEZ, 2002).

Ocorre assim a inversão no processo de atendimento, pois grande parte dos usuários que poderiam ser atendidos nas Unidades de saúde, recorrem ao setor terciário, especialmente aos serviços de emergência que funcionam 24 horas por dia com relativa resolutividade, disponibilizando exames de diagnóstico e medicação (DESLANDES, 2002).

A crescente procura por serviços nessa Área, nos últimos anos, em consequência do crescimento do número de acidentes e da violência urbana e a insuficiente estruturação da rede, tem contribuído decisivamente para a sobrecarga de serviços de urgência e emergência disponibilizados para o atendimento da população. Dessa forma, essa Área tem se configurado em uma das mais problemáticas do sistema de atenção à saúde (BRASIL, 2006).

Ludwig (2000), ao estudar a Unidade de emergência de um Hospital Público de Porto Alegre/RS, constatou que, embora esse serviço possuísse um objetivo fundamental que era o atendimento às situações agudas de saúde, vinha tentando se adaptar à conseqüente superlotação, causada pela procura exagerada de consultas pelos mais diversos motivos, levando a uma descaracterização da finalidade do trabalho.

Desse modo, o conhecimento acerca das concepções dos trabalhadores que atuam na Unidade de emergência sobre o seu próprio processo de trabalho poderá colaborar para a reconfiguração da organização do trabalho, tendo em vista que se buscou a ótica dos seus sujeitos.

Partindo dessas reflexões, o processo do trabalho nas Unidades de emergência merece destaque, tendo em vista a complexidade e a necessidade da realização de uma atuação coletiva, dinâmica e integradora para possibilitar a qualidade da assistência prestada ao usuário do serviço, bem como para melhorar a satisfação do profissional com o objeto do seu trabalho e estruturação da rede de serviços à atenção às urgências e emergências com base na regionalização e melhor utilização das portas de entrada da alta complexidade.

Nesse sentido, Gonçalves (1994) expressa que a definição da finalidade do trabalho é importante para o entendimento do processo em si. Portanto, para que o profissional possa atuar de forma integral em situações de emergência que, muitas vezes, lhe conferem grande sobrecarga emocional, faz-se necessário que ele observe os elementos relativos ao trabalho na saúde, conhecendo a sua finalidade e relevância para os serviços de saúde e para sociedade.

Por meio deste estudo, pretende-se responder a alguns questionamentos e reflexões: Como se organiza o processo de trabalho da equipe de saúde de uma Unidade hospitalar de atendimento às urgências e emergências? Como ocorre o atendimento aos usuários nessas situações? Qual a concepção dos profissionais

que atuam na Unidade hospitalar de atendimento às urgências e emergências sobre seu processo de trabalho?

Os resultados deste estudo poderão contribuir para a identificação do processo de trabalho de uma equipe que atua em uma Unidade de emergência de um Hospital Público e Universitário do interior do estado do Rio Grande do Sul. Com base nisso, será possível visualizar estratégias que possibilitem a qualificação e o planejamento no setor das urgências e agregar novos aspectos para reflexão nos serviços de atendimento hospitalar de referência, auxiliando na agenda de discussão das urgências, no País, bem como a estruturação do trabalho baseado na interdisciplinaridade, potencializando a utilização dos recursos públicos.

2 CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO E SUA FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A fundamentação do problema deste estudo envolve a contextualização do processo de trabalho em saúde e do processo de produção de cuidados em Unidades de atendimento às urgências e emergências.

2.1 O Trabalho em Saúde

Para entender o processo de trabalho em saúde, tomar-se-á por base o referencial utilizado por Gonçalves (1979, 1992, 1994), incorporando as contribuições de Campos (1997), Pires (1996, 1998) e Merhy (1997, 2002), a fim de entender a dimensão interna do trabalho. Esses autores têm possibilitado o diálogo entre a teorização sobre processo e a realidade do trabalho em saúde.

O trabalho, segundo Marx (1988, p. 202), “[...] é um processo em que o ser humano, com sua própria ação, impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza”. O autor acrescenta que o trabalhador não transforma apenas o material sobre o qual opera; ele imprime ao material o projeto que tinha conscientemente em mira, o qual constitui a lei determinante do seu modo de operar e ao qual tem de subordinar sua vontade.

O processo de trabalho é uma atividade existente em todas as formas de organização social e compõe-se de três elementos: o trabalho em si, o objeto de trabalho ou as matérias-primas e o instrumental ou seus meios. Nesse processo, a ação do trabalhador resulta na transformação de um objeto determinado, seja em estado natural ou já trabalhado, em um produto determinado, por meio dos instrumentos de trabalho (MARX, 1988).

Em seu estudo sobre o trabalho em saúde, Gonçalves (1992, 1994) destaca que a separação entre concepção e execução constitui-se a base objetiva para a sua organização específica, identificando-se dois momentos distintos e essenciais: o do trabalho intelectual (concepção) e do trabalho manual (execução). O trabalho humano, como processo histórico de produção social, tem uma finalidade, parte de uma necessidade social e individual. Os homens organizam-se a partir do

estabelecimento de relações sociais entre si, com base em sua relação com o objeto e instrumentos, imprimindo uma dinâmica específica a todo o processo, num dado momento histórico.

O conceito de organização tecnológica do trabalho em saúde, construído por Gonçalves (1994), refere-se às ligações estabelecidas entre a atividade operante, realizada por meio de instrumentos, considerada em sentido amplo, sendo o conhecimento o principal deles, porque orienta todo processo, os objetos de trabalho e a finalidade. Portanto, nessa perspectiva, a tecnologia não tem o significado corriqueiro de conjunto de instrumentos materiais, muitas vezes associado à maior eficácia e produtividade por avanços em suas concepções operacionais.

No processo de trabalho em saúde, estabelecem-se relações entre objeto, instrumentos e produto, diante das necessidades expostas e 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 (GONÇALVES, 1994). Nesse sentido, as práticas ou ações 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.

Ao ampliar as contribuições teóricas sobre a organização tecnológica do trabalho, estabelecida por Gonçalves (1994), Merhy (1997) refere a possibilidade de autogoverno dos trabalhadores, que se caracteriza pela tomada de decisão diante das necessidades que se apresentam no cotidiano de trabalho, podendo imprimir mudanças, partindo das intersubjetividades dos agentes do processo de trabalho, ou seja, a capacidade de decidir de acordo com os valores, as expectativas, as necessidades, as prioridades e as crenças de cada pessoa. Esse autor refere que os trabalhadores de saúde, como sujeitos em ação, são capazes de realizar transformações pelo exercício de sua autonomia.

Na realização do trabalho, os agentes podem ser criativos e reinventar formas de trabalhar cotidianamente, interferindo no modo como o atendimento é realizado, de maneira que exista a possibilidade de se configurar um formato tecnológico e assistencial renovado. O modo como o trabalho é realizado, as relações que ocorrem entre os homens no trabalho e como a produção do cuidado se estrutura dependem do projeto intelectual que guia todo o processo de trabalho (LIMA, 1998).

O processo de trabalho produzido pelos serviços públicos de Saúde e, mais especificadamente, pelos hospitais, difere das outras formas de produção material e industrial, na medida em que produz serviços e tem a especificidade de ser consumido no momento em que é produzido (GONÇALVES, 1994). Como qualquer forma de trabalho sob a influência do modo de produção capitalista, incorporou características das inovações tecnológicas e da organização científica do trabalho. Contudo, sua organização é estruturada partindo de uma política pública de Estado cujas inovações gerenciais e tecnológicas passam por um crivo político, estando sob a influência das pressões da sociedade civil e dos diversos interlocutores da sociedade de consumo (PIRES, 1996).

O trabalho em saúde é considerado essencial para a vida humana. Ao longo da história da humanidade, tem assumido diversas formas, mas sempre considerado como uma atividade humana especial, cujo produto é indissociável do próprio processo de realização da atividade (PIRES, 1998).

O ato assistencial pode ser realizado de forma independente em uma relação direta do profissional com o cliente, mas hoje, em razão da especificidade dos problemas de saúde, a assistência é efetuada em Instituições com vários graus de complexidade e envolvendo profissionais diferenciados que contribuem para a atividade final, ou seja, a assistência em saúde (PIRES, 1998).

A maior parte da atenção à saúde prestada à população desenvolve-se em Instituições de saúde que organizam o seu modo de funcionamento e processo de produção, sofrendo a influência da sociedade em que se encontram inseridas e, conseqüentemente, de contextos políticos, modelos administrativos, tecnologias disponíveis e do paradigma da produção de conhecimentos vigente (PIRES, 1999).

Outro aspecto relativo ao trabalho em saúde apresentado por Merhy (2002) é ser especialmente caracterizado pelo encontro entre pessoas que trazem um sofrimento ou necessidades e outras que dispõem de um conhecimento específico ou de recursos instrumentais que podem solucionar o problema apresentado. Nesse encontro, são mobilizados os sentimentos, emoções e identificações que dificultam ou facilitam a aplicação dos conhecimentos do profissional na percepção das necessidades de atenção ou interpretação das demandas trazidas pelo usuário.

Diversas categorias profissionais são necessárias para dar conta do universo do trabalho em saúde, determinando que ele seja considerado um trabalho coletivo

(GONÇALVES, 1994). Nesse universo coletivo, está incluído o trabalho na unidade de emergência, seus agentes e sua organização específica e peculiar.

As práticas de saúde caracterizam-se por um trabalho coletivo, realizado por diversos agentes, com atividades interdependentes e complementares, que, de acordo com Gonçalves (1992) podem estar articuladas a outras práticas da sociedade, portanto, pode-se afirmar que o produto final das práticas de saúde é fruto das relações entre os diferentes atores sociais na intervenção sobre o processo saúde-doença-cuidado, em determinados contextos históricos e sociais.

Corroborando os estudos de Gonçalves (1979, 1992, 1994), Lima (1998) nos afirma que as ações desenvolvidas no âmbito do trabalho em saúde fazem parte de um trabalho coletivo, no entanto, quem controla os momentos intelectuais tem garantido o poder sobre os demais agentes, contribuindo para que ocorram relações de saberes e poderes conflituosos.

Além disso, na prática do trabalho em saúde, nem sempre é evidenciada uma abordagem interdisciplinar e coletiva. Deslandes (2002, p. 47) aponta que “[...] a parcelarização do trabalho existe dentro de uma mesma unidade e entre diversas unidades e setores de saúde”, favorecendo, com isso, a reprodução de ações fragmentadas e descompromissadas com a finalidade do trabalho.

Sob o olhar de Pires (1996), o que ocorre, nos serviços de Saúde, é uma justaposição de práticas e de saberes distintos que são exercidos por múltiplos agentes, levando, não-raro, à fragmentação das ações e distanciando o profissional do seu objeto de trabalho. O avanço dos conhecimentos em saúde, o aumento da população e a ampliação da complexidade dos problemas torna necessária uma intervenção cada vez mais complexa, gerando Instituições de grande porte, com especialização, em unidades e serviços diversos. Esse processo resultou em enorme fragmentação do homem, dificultando a sua percepção como totalidade individualizada que tem uma história de vida, emoções e interesses, que participa de grupos, e tem uma inserção social que lhe dá possibilidades distintas de adoecer e de ter acesso a recursos para tratamento.

Na prática, embora as Instituições de Saúde convivam com diferentes atores e suas diversas especialidades, muitas vezes, verifica-se a produção de um trabalho fragmentado, com ações compartimentalizadas e com muito pouco espaço de integração. Segundo Pires (1996), o trabalho profissional em saúde, muitas vezes, convive com a divisão parcelar pormenorizada do trabalho e com relações

hierárquicas e de comando. Essa divisão do trabalho pode ser observada muito fortemente no contexto do trabalho hospitalar que se caracteriza por agregar o saber especializado à hierarquia e disciplina.

Partindo dessas reflexões, entende-se que a organização do processo de trabalho pode interferir no produto final do trabalho em saúde, transformando-o positiva ou negativamente, de acordo com a influência dos diferentes elementos do processo, além das concepções e intenções dos agentes a respeito do produto a ser construído.

2.2 O Trabalho em Unidades Hospitalares de Atendimento às Urgências e Emergências

A fim de analisar o processo de trabalho da equipe de saúde de uma Unidade hospitalar de atendimento às urgências e emergências, apresentam-se algumas considerações a respeito da organização desse trabalho, seus espaços, agentes e práticas. De acordo com Gonçalves (1979), o hospital consiste em um dos instrumentos que contêm as condições materiais para a realização do trabalho em saúde, pois nele estão expressas as funções sociais dessa prática e a posição que seus agentes ocupam na estrutura social.

O hospital sofre transformações que respondem a diferentes finalidades sociais, conformadas em cada momento histórico. Existem pressões externas, tais como necessidades sociais e econômicas que atendem a projetos sociais e políticos e que determinam a incorporação de novos meios de trabalho, tanto saberes como tecnologias, contribuindo para as transformações que nele se processam (LIMA, 1998). Assim sendo, o trabalho em saúde se organiza para suprir uma necessidade econômica, social ou política da sociedade.

As Unidades de emergência são espaços que fazem parte do contexto hospitalar e, portanto, recebem influência do modelo de organização do trabalho presente nessa Instituição, o modelo clínico de atenção à saúde. Assim, quando se estuda o processo de trabalho nessas Unidades, precisa-se entender o contexto histórico, social e institucional em que elas se encontram inseridas.

De acordo com Marques (2004), o modelo assistencial idealizado pela população ainda é o da atenção médico-hospitalar. O hospital, representado pelas Unidades de emergência, apesar de superlotado, impessoal e atuando sob a queixa principal, aparece como local que reúne um somatório de recursos da Medicina oficial, quais sejam: consultas, remédios, procedimentos de enfermagem, exames laboratoriais e internações, enquanto as unidades básicas oferecem apenas a consulta. Para essa autora, a maioria da população, incluindo os trabalhadores de saúde, está convicta de que é a estrutura hospitalar que oferece maior segurança e resolutividade aos pacientes.

Ao investigar a compreensão dos usuários sobre o atendimento em uma Unidade de emergência, Ludwig (2000) constata que eles a procuram para resolução de seus problemas de saúde, independentemente de sua gravidade. Esse fenômeno, segundo ela, se deve à baixa resolutividade nos serviços de atenção básica, ao encaminhamento informal pelos profissionais da saúde para o que não pode ser resolvido no ambulatório, à falta de organização e hierarquia do sistema de atenção à saúde, a um aumento da demanda e a uma pequena oferta de serviços, fazendo com que ocorra superlotação, desconforto, demora para o atendimento e baixa qualidade na assistência prestada nas emergências dos hospitais.

Por outro lado, as Unidades de emergência têm se organizado, mesmo que de forma impositiva pelo Sistema, a fim de dar conta das necessidades dos usuários que procuram esses serviços. Resta refletir a respeito do processo de trabalho e sua relação com a finalidade do trabalho que é realizado nas Unidades de emergência, tendo como referência o trabalho da equipe, no exato momento de sua realização.

A respeito das concepções dos trabalhadores sobre a atual organização dos serviços de emergência, Barros *et al.* (2007) dizem que, muitas vezes, os profissionais de saúde têm consciência que sua atuação é inadequada, e que o atendimento proporcionado aos pacientes não é aquele que gostariam de oferecer. Torna-se, então, necessário estimular reflexões sobre a organização do trabalho para o atendimento às urgências e emergências.

A atenção às urgências e emergências passou a ser regulamentada pelo Ministério da Saúde a partir de 1999. Nesse ano, foram estabelecidos os princípios e as diretrizes dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, as normas de funcionamento, a classificação e os critérios para habilitação dos serviços que

devem participar dos Planos Estaduais de atendimento, quais sejam: regulação médica de urgência e emergência, atendimento pré-hospitalar fixo, atendimento pré-hospitalar móvel, atendimento hospitalar, transporte inter-hospitalar, além da criação dos núcleos de educação em urgência que vise à capacitação de recursos humanos da Área (BRASIL, 2006).

O Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência preconiza que os serviços sejam providos de acolhimento com triagem classificatória de risco e atendimento subsequente, conforme a necessidade do caso. Em situações de demanda inadequada, o regulamento preconiza que ocorra o redirecionamento para a devida inserção no sistema de atenção à saúde ou para o prosseguimento do tratamento (BRASIL, 2006).

Entretanto, mesmo com os avanços recentes em termos normativos, a atenção às urgências ainda reúne muitas das fragilidades encontradas no sistema, que são denunciadas pela deficiência na atenção básica, ausência de leitos, falta de recursos humanos para realização do trabalho e, por fim, baixa qualidade no atendimento às necessidades da população.

Segundo Marques e Lima (2007), o modelo piramidal de atenção à saúde adotado pelos Municípios, na década de 90, ainda não atingiu um resultado que satisfaça as necessidades da população, apesar de se terem imprimido mudanças significativas na estrutura e nos processos de trabalho, nos serviços de saúde. A produção de cuidados, a cobertura assistencial, assim como a complementaridade e integração das ações nas Unidades de saúde e delas com o sistema têm sido insuficientes. Existe também uma relação inadequada entre a oferta e a demanda de serviços.

Assim, os processos de trabalho ainda são fortemente influenciados por saberes, equipamentos, normas e estruturas organizacionais, dando-se ênfase aos aspectos biológicos para interpretação dos fenômenos vitais, aos procedimentos, ao saber médico, e às especialidades. Esse desenho tecno-assistencial está organizado na divisão de tarefas entre os diferentes agentes, tendo o médico como centro da assistência. A inserção do usuário no sistema é feita pelo diagnóstico médico da doença, queixa-conduta, e os demais agentes realizam ações complementares (MARQUES; LIMA, 2008).

Nesse contexto, a estruturação das grades de referências ainda sofre influências das concepções políticas e culturais, e a inclusão de recursos de

acolhimento e humanização são iniciativas isoladas. Todavia, a instalação de redes regionalizadas e hierarquizadas de atendimento, além de permitir uma melhor organização da assistência, articular os serviços, definir fluxos e referências resolutivas, é elemento indispensável para que se promova a universalidade do acesso, a equidade na alocação de recursos e a integralidade na atenção prestada. Há comprovação de que a ordenação do acesso à rede assistencial de urgência, por meio da regulação médica pode transformar o cenário dos hospitais de referência em urgência, e induzir a reorganização, com o aumento da resolutividade e da qualidade dos serviços (SANTOS *et al.*, 2003).

A produção de saúde em uma Unidade de emergência se caracteriza essencialmente pela necessidade de um trabalho integrado e de equipe. Muitas vezes, o processo de produção conta com a participação de trabalhadores sem formação específica na Área de Saúde. Trata-se do vigilante, do porteiro, da recepcionista, dos motoristas de ambulâncias que complementam e interagem no trabalho com os demais profissionais, atuando como importantes instrumentos no acolhimento e na formação de vínculos com o usuário ou seus familiares (GIGLIO-JACQUEMOT, 2005).

Outro aspecto, que deve ser observado no trabalho na Unidade de emergência, é a necessidade de capacitação constante dos profissionais, que devem estar preparados para a tomada de decisões independentes e complementares, sob o comando único de um líder que transmita segurança e confiança. Segundo Tacsí e Vendrusculo (2004), o trabalho na Unidade de emergência exige dos profissionais conhecimentos, capacitação e rapidez para a tomada de decisões pertinentes ao diagnóstico, tanto para a assistência de um único paciente, quanto para um grande número de usuários.

Na realidade, o trabalhador de uma Unidade de emergência se depara com um setor de atendimento, médico e cirúrgico, disponível à população durante 24 horas diárias, vivenciando, muitas vezes, situações de indefinição em suas atividades laborais, o que poderá ocasionar tensão e ansiedade. Em virtude dessa característica da prática na emergência, muitos profissionais assumem uma postura de alerta em razão de características próprias da dinâmica do trabalho nesse setor (BATISTA; BIANCHI, 2006).

Considerando a prática na emergência, Deslandes (2002) diz que, com o passar do tempo, o “ritmo frenético” do trabalho, muitas vezes, é responsável por

originar tensão e confrontos entre profissionais e usuários, no momento do exercício de suas tarefas. Fatos como esses podem ocasionar outros conflitos como: sentimento de desvalorização profissional, falta de motivação para o trabalho e, conseqüentemente, assistência fragmentada e pouco resolutiva.

Em seu estudo sobre o processo de trabalho na emergência, Deslandes (2002) ainda constatou que o atendimento aos casos mais graves, com risco à vida, provocava uma grande tensão entre os profissionais. Além disso, o profissional que atua na emergência necessita conviver com os sentimentos de tristeza, desespero e ansiedade de pacientes e familiares, atuando, muitas vezes, como mediador de decisões que dizem respeito ao tratamento do paciente.

Por outro lado, Deslandes (2002) destaca também que o mesmo trabalho, que produz sofrimento, pode tornar-se fonte de realização. A identificação do profissional com habilidades específicas e especiais como a capacidade de tomada de decisão rápida e domínio do saber técnico caracterizam um perfil diferenciado que, muitas vezes, proporciona prazer ao profissional em exercer tais habilidades. Dessa forma, o trabalho na Unidade de emergência pode conferir ao trabalhador o “*status*” pela concentração do saber técnico, supervalorizado por esse profissional.

A dinâmica acelerada do trabalho na emergência, bem como o contato com uma diversidade de casos que, em sua maioria, necessitam atendimento especializado, também é responsável pelo fascínio capaz de conjugar a arte biomédica, a habilidade do praticante e o aparato tecnológico disponível e necessário. Deslandes (2002) relaciona a supremacia do trabalho na emergência a um sentimento de poder diante da morte, o que proporciona ao profissional a identificação com a vocação literal do trabalho em emergência, a de salvar vidas.

Além disso, os profissionais apontam, além da vocação, outros fatores que contribuem para identificação com a prática na emergência, entre eles, a possibilidade de acumular experiência e habilidade em sua especialidade ou exercício profissional. Para esse grupo, a emergência é tida como um local que possibilita capacitação e troca de experiências com colegas mais capacitados ou de outras especialidades (DESLANDES, 2002).

Na atualidade, vários autores (TACSI; VENDRUSCOLO, 2004; LIMA; ERDMANN, 2006) têm feito referência à necessidade de treinamento específico aos profissionais que atuam em Unidades de emergência, tanto técnico e científico, quanto para o autoconhecimento, em virtude do seu contato constante com

situações que exigem o domínio de suas próprias emoções e conhecimentos de seus limites e possibilidades.

Nesses setores, é priorizado o atendimento às situações graves nas quais é necessária uma intervenção rápida, eficiente e integrada, respondendo à finalidade do trabalho nesse setor. Outros fatores, como a habilidade pessoal do profissional e recursos disponíveis, entrosamento da equipe e, sobretudo, treinamento específico podem intervir de forma decisiva nos resultados do trabalho, melhorando, assim, a qualidade da assistência oferecida nessas unidades.

Com base nas reflexões expostas, faz-se necessário conhecer a dinâmica do trabalho da Unidade de emergência para se entender o papel de cada um dos profissionais nesse processo de trabalho, bem como levantar os elementos necessários para que o objetivo do trabalho nesses locais seja alcançado com a qualidade e eficiência esperada, tanto pelo usuário, quanto pelo trabalhador.

2.3 Objetivos

Para responder às questões levantadas foram construídos os objetivos de pesquisa descritos a seguir.

2.3.1 Geral

Analisar o processo de trabalho da equipe de saúde de uma Unidade hospitalar de atendimento às urgências e emergências.

2.3.2 Específicos

Os objetivos específicos deste estudo foram:

- a) descrever a organização do trabalho em uma Unidade hospitalar de atendimento às urgências e emergências;
- b) descrever o atendimento aos usuários em situações de urgência e emergência;
- c) identificar as concepções dos profissionais que atuam em uma Unidade hospitalar de atendimento às urgências e emergências sobre seu processo de trabalho.
- d) Identificar a articulação que a enfermeira estabelece com os profissionais da equipe de saúde.

3 CAMINHO METODOLÓGICO

A será descrito o caminho metodológico utilizado para coletar e analisar os dados empíricos deste estudo.

3.1 Caracterização do Estudo

A abordagem qualitativa de pesquisa foi utilizada como referencial metodológico. Esse tipo de abordagem permitiu apreender a realidade concreta e compreender o processo de trabalho e as relações que se estabelecem entre os agentes que atuam em Unidades de emergência, tendo a preocupação, não com a generalização dos dados obtidos, mas, como diz Minayo (2007), com a compreensão abrangente e profunda da realidade.

A investigação assumiu uma característica de Estudo de Caso, no qual o objeto de pesquisa é analisado profundamente. Estuda-se um caso, quando este interessa de forma única e especial. Trata-se de um estudo da particularidade e da complexidade de uma situação singular (STAKE, 1998), para compreender sua atividade em circunstâncias importantes de todo o contexto do trabalho em uma Unidade de emergência.

3.2 Exploração do Campo

Conforme Minayo (2007), a exploração do campo contempla as seguintes atividades: escolha do espaço de pesquisa, escolha do grupo de pesquisa, estabelecimento dos critérios de amostragem e estratégias para entrada no campo.

O presente estudo teve como espaço de pesquisa a Unidade de emergência do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). Trata-se de um hospital geral, público, certificado como de ensino pelos Ministérios da Saúde e da Educação, vinculado à Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), como Órgão suplementar

central. Foi fundado em 1970, com sede no Centro de Santa Maria; a partir de 1982 as atividades passaram a ser desenvolvidas no prédio 22, localizado no Campus Universitário (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA, 2006).

É um hospital de referência em saúde para a região Centro-Oeste do Rio Grande do Sul (RS), que desenvolve atividades de ensino, assistência, pesquisa e extensão, com capacidade de 305 leitos, constitui-se no maior hospital público do interior do Estado, abrangendo 46 Municípios e, por ter a característica de hospital regional, atende pacientes de outras regiões (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA, 2006).

Todas as atividades são realizadas com foco na missão de promover assistência, ensino e pesquisa na Área da Saúde, inserindo-se de forma cidadã na sociedade e visando a fazer do Hospital um referencial público de excelência em assistência à saúde, ensino e pesquisa, com preservação do meio ambiente. O gerenciamento é realizado pelas direções Geral, Clínica, Administrativa, de Enfermagem e de Ensino, Pesquisa e Extensão (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA, 2006).

A Unidade de emergência em estudo é parte integrante do hospital e está estruturada para atender às urgências e emergências de toda a macrorregião Centro-Oeste do Estado. Sob o ponto de vista populacional, a Unidade é referência para uma população de cerca de 1.162.787 habitantes, distribuídos em duas Coordenadorias Regionais de Saúde.

Possui uma área física de aproximadamente 2.000 m², na qual se encontram: uma sala de emergência para adultos e uma para crianças, local para procedimentos cirúrgicos de pequena complexidade, dois consultórios para atendimento a adultos, dois para atendimentos a crianças, um para atendimento da traumatologia, dois para triagem, uma sala de procedimentos especiais para adultos, uma sala de medicação para adultos e outra para crianças, uma sala de gesso e uma de RX. A sala de observação para adultos é composta por 19 leitos e três isolamentos e a sala de observação para crianças é composta de sete leitos e um leito de isolamento.

Além de todas essas áreas, existe a ala de emergência psiquiátrica, composta por dois consultórios, uma sala de administração de medicamentos e uma sala de observação, com dois leitos. Existe ainda uma sala de estar médico, uma de estar de enfermagem, salas de lanche, secretaria, expurgos, sala de materiais e

equipamentos, sanitários, bem como depósito para roupas sujas e lixo. As três áreas de emergência, adulta, pediátrica e psiquiátrica possuem acesso ao bloco cirúrgico.

Tendo em vista as características mencionadas, a pesquisa se voltou às particularidades da sala de atendimento para adultos da unidade de emergência quanto ao contexto e à dinâmica do trabalho, buscando, como sujeitos, os agentes do cuidado em urgência e emergência, nesse espaço. Optou-se por observar o processo de trabalho na sala de atendimento para adultos, em razão do maior fluxo de pacientes e profissionais e por oportunizar apreensão do objeto a ser estudado.

No momento da pesquisa, a equipe da sala de atendimento para adultos era constituída por 15 médicos plantonistas de clínica médica, 13 médicos plantonistas de cirurgia, três médicos residentes, nove doutorandos¹, 12 enfermeiras, 22 técnicas de enfermagem, oito auxiliares de enfermagem, quatro bolsistas do curso de Enfermagem, duas nutricionistas, uma fisioterapeuta, oito secretárias, oito recepcionistas, seis vigilantes, quatro auxiliares do almoxarifado, quatro auxiliares dos serviços gerais e uma enfermeira coordenadora administrativa da Unidade. Participavam ainda do processo de trabalho um número variável de acadêmicos de Medicina, Enfermagem e de outras profissões da Área da Saúde.

Teve-se o primeiro contato com os profissionais, durante uma reunião da equipe de enfermagem, quando se apresentou o projeto, explicando-se a relevância do tema e a justificativa, os objetivos, o referencial teórico e caminho metodológico.

De acordo com Polit; Beck; Hungler (2004), as decisões sobre a melhor maneira de obter os dados, de quem eles devem ser obtidos, como programar a coleta e quanto tempo ela deve durar é realizar no campo, à medida que o estudo se desenvolve. Assim, definiu-se a seleção dos sujeitos após a entrada no campo de pesquisa.

¹ Denominação atribuída aos acadêmicos do 9º ao 12º semestres do curso de Medicina da Universidade Federal de Santa Maria, os quais desenvolvem atividades práticas de formação, em regime de internato, nos serviços clínicos do Hospital Universitário de Santa Maria.

3.3 Considerações Éticas

Para a realização da pesquisa, o projeto foi encaminhado à Direção de Ensino, Pesquisa e Extensão (DEPE) do Hospital Universitário de Santa Maria e para o Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul para apreciação. Esse trâmite ocorreu por meio do processo administrativo número 2007688, iniciado em 1^o de março de 2007, e liberado em 10 de maio de 2007 (Anexo A).

Os princípios éticos foram respeitados, de forma a proteger os direitos dos sujeitos envolvidos na pesquisa, considerando-se os aspectos determinados pela Resolução número 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

As pessoas observadas e entrevistadas receberam informações a respeito do objeto da pesquisa, e os dados foram coletados somente após conhecimento e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice C). O termo foi entregue em duas vias, sendo que uma delas ficou de posse do participante e a outra da pesquisadora.

Para garantia do anonimato e da confidencialidade dos dados, ao se fazer referência aos trabalhadores esses foram identificados segundo a função que exercem na unidade de emergência: médico, residente, doutorando, enfermeira, enfermeira coordenadora da Unidade, técnica de enfermagem, auxiliar de enfermagem, bolsista do curso de Enfermagem, nutricionista, fisioterapeuta, secretária, recepcionista, vigilante, auxiliar do almoxarifado, auxiliar de serviços gerais. As transcrições das entrevistas e observações ficarão de posse da pesquisadora por cinco anos, sendo depois descartadas.

3.4 Coleta dos Dados

As técnicas empregadas para coleta dos dados foram **observação e entrevista semi-estruturada**.

3.4.1 Observação

O trabalho de campo iniciou pela observação, pois, segundo Stake (1998), as observações conduzem o investigador para que compreenda melhor o caso a ser estudado.

O foco da observação foi o processo de trabalho na Unidade de emergência: objeto, agentes/instrumentos, organização e relações. De acordo com Stake (1998), durante a observação, o investigador, na pesquisa qualitativa em estudos de caso, registra os acontecimentos para oferecer uma descrição relativamente inquestionável, para posteriores análises e informe final. Para facilitar o processo de observação, foi utilizado um roteiro de anotações (Apêndice A).

Desse modo, foram observados os diferentes agentes durante o processo de trabalho na emergência e nos momentos em que eles se articulavam para realizar o cuidado ao paciente. Com base em Gonçalves (1994), a observação direta do processo de trabalho permite o esclarecimento de sua lógica interna, pois possibilita acompanhar e registrar os movimentos, os discursos e as ações dos trabalhadores, as relações entre os membros da equipe e as mantidas com o objeto de trabalho.

Os agentes foram selecionados para observação conforme a função que exerciam, buscando abarcar os diversos trabalhos desenvolvidos na Unidade de emergência. Também foram selecionadas atividades consideradas relevantes para captar as relações entre os sujeitos e a forma de organização do trabalho, bem como alguns espaços nos quais essas relações ocorrem de forma mais significativa.

Inicialmente, foi realizada a observação não-estruturada do campo a ser estudado. De acordo com Polit, Beck e Hungler (2004), as observações não-estruturadas permitem que os pesquisadores vejam o mundo como os participantes do estudo o vêem, desenvolvam um bom entendimento e uma apreciação dos fenômenos de interesse. Foram observados os agentes, procurando a definição de momentos do processo de trabalho que melhor respondessem aos objetivos deste estudo.

Por meio dessa observação, foi possível captar a dinâmica de todo trabalho desenvolvido na Unidade e a articulação da enfermeira com outros agentes, como os médicos, a fisioterapeuta, a nutricionista, os técnicos de enfermagem, os

auxiliares de enfermagem, a secretária, a recepcionista, o vigilante e o pessoal administrativo.

Foi realizada, também, uma observação estruturada por amostragem de tempo. A criatividade dessa observação não reside na observação em si, mas na formulação de um sistema para classificar, registrar e codificar as observações e a amostragem dos fenômenos de interesse (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Assim, foram selecionados os períodos de tempo durante os quais as observações seriam realizadas. Totalizaram 79h30min, distribuídas nos diferentes turnos de trabalho, perfazendo 20h30min de observação no turno da manhã, 21 horas no turno da tarde e 28 horas no turno da noite. Também foi observada a distribuição por dias da semana, objetivando dar cobertura em todos os dias. Os períodos de observação tiveram, em média, duas horas de duração, o que esteve pautado na qualidade da atenção despendida para a atividade.

Buscou-se observar a presença de mudanças significativas no trabalho de um dia da semana para o outro, entre o plantão diurno e o noturno e entre as equipes. Em alguns momentos, observou-se o trabalho dos agentes, percorrendo a trajetória do usuário, desde sua entrada até o atendimento e encaminhamento para outras Unidades.

A coleta de dados, por meio da observação, foi realizada pela pesquisadora e por duas auxiliares de pesquisa, acadêmicas do curso de Graduação Enfermagem da UFSM. As auxiliares de pesquisa foram treinadas durante uma semana, na qual foram acompanhadas pela pesquisadora e após foram realizados encontros semanais para discussão dos dados observados. Discutiu-se o projeto de pesquisa, previamente à sua inserção no campo, com a finalidade de estabelecer uma concordância sobre os aspectos a serem observados e quanto à postura adotada pelos observadores no envolvimento com o grupo de profissionais. Houve uma boa aceitação das auxiliares de pesquisa.

A opção por incluir duas observadoras nessa fase da pesquisa se deveu a três aspectos: maior agilidade na coleta de dados, possibilidade de observação em todos os turnos de trabalho e a inclusão de novos olhares ao objeto a ser investigado, podendo, dessa forma, resultar no enriquecimento dos dados colhidos.

Os registros das observações eram digitados logo depois do término das observações, o que permitiu a inclusão de detalhes relacionados ao fato descrito. A fim de organizar esse material, os registros foram transcritos para o software

Ethnograph 5.0 e os períodos de observação identificados com a letra **O**, aparecendo no texto acompanhados da função exercida pelo profissional observado, totalizando 23 períodos. A duração da fase de observação esteve orientada pelo princípio da saturação dos dados que, segundo Polit, Beck e Hungler (2004), ocorre quando nenhuma informação nova é obtida.

3.4.2 Entrevistas

A entrevista semi-estruturada foi utilizada como técnica para coleta de dados, pelo interesse em conhecer a perspectiva dos agentes quanto ao trabalho que realizam na Unidade de emergência. Os pesquisadores de estudos qualitativos procuram descobrir e refletir sobre as múltiplas visões de um caso. A entrevista é o principal caminho para se chegar às realidades múltiplas (STAKE, 1998). A entrevista foi utilizada para complementar e fazer o contraponto com os dados obtidos por meio das observações.

Levou-se em consideração, conforme Polit, Beck e Hungler (2004) que uma amostra qualitativa apropriada resulta da identificação e do uso de participantes que melhor possam suprir informações, de acordo com as exigências contextuais do estudo.

A seleção dos sujeitos para a realização das entrevistas foi intencional. Buscou-se incluir os agentes envolvidos na estrutura de produção de cuidados de saúde na Unidade de emergência, a partir dos dados obtidos pela observação. Foram utilizados, ainda, como critérios para a escolha dos participantes do estudo: aceitação em participar da pesquisa e tempo de atuação no serviço de emergência superior a três meses.

Participaram das entrevistas 29 sujeitos, sete enfermeiros, nove técnicos de enfermagem, uma bolsista do curso de Enfermagem, dois médicos plantonistas da clínica médica, um médico residente, dois doutorandos do curso de Medicina, uma secretária, uma auxiliar de serviços gerais, dois vigilantes, uma nutricionista, uma fisioterapeuta e a enfermeira coordenadora administrativa da Unidade.

O número de entrevistados foi estabelecido mediante o princípio orientador da saturação dos dados, que segundo Polit, Beck e Hungler (2004), é o momento no qual é obtida a redundância da informação.

O período de realização das entrevistas compreendeu o mês de agosto de 2007. Os encontros com os participantes foram marcados com antecedência, ficando o local a cargo da disponibilidade da Instituição, embora se tenha priorizado um espaço que garantisse respeito à privacidade e ao conforto dos envolvidos, bem como ao propósito do encontro. Assim a maioria das entrevistas foi realizada na sala de médicos e enfermeiras ou na sala de descanso dos profissionais.

Para garantir a fidedignidade das informações coletadas, os depoimentos foram registrados em um aparelho eletrônico MP4 *Player*. A duração das entrevistas foi estabelecida pela participação dos trabalhadores, o que variou de 30 a 60 minutos.

Embora se tenha tido o cuidado de não interromper atividades importantes que o sujeito estivesse executando ou precisasse realizar, haja vista que se tratava de uma Unidade de emergência, com raras exceções, essa questão não representou uma dificuldade para que as entrevistas fossem realizadas com êxito.

Ao iniciar as entrevistas eram oferecidas informações iniciais, assim como atendidas solicitações para um diálogo respeitoso e construtivo. Entre essas, pode-se destacar a preocupação em esclarecer os objetivos da entrevista.

Os registros das entrevistas também foram transcritos para o software *Ethnograph* e identificados com a letra **E**, acompanhados da função exercida pelo profissional entrevistado.

3.5 Análise dos Dados

A análise qualitativa dos dados foi operacionalizada seguindo os passos recomendados por Minayo (2007): ordenação, classificação dos dados e análise final.

Na fase de ordenação, o pesquisador tem um panorama de suas descobertas no campo. Foi realizada a digitação dos dados coletados nas observações e entrevistas, a releitura do material e a ordenação dos relatos.

A classificação dos dados constitui-se em um processo em que o pesquisador cruza o material coletado com o referencial teórico. Nessa fase, foi realizada a leitura exaustiva e repetitiva dos textos, para apreensão das estruturas de relevância. Para essa classificação, foram utilizadas as categorias analíticas, já destacadas como fio condutor da investigação.

Os dados obtidos nas observações e entrevistas foram transcritos e transportados para o software *Ethnograph* versão 5.0 (*Qualis Research Associates*), utilizado para operacionalização da análise, agilizando a organização do material em estruturas de relevância: relações no processo de trabalho, trabalho coletivo, divisão e organização do trabalho acesso, triagem, atendimento, superlotação e concepções dos profissionais que atuam na Unidade de emergência.

Na etapa de análise final, o material empírico e o teórico foram articulados de forma a obter uma interpretação e abstração, objetivando um momento de ir e vir que ultrapassasse a simples descrição dos fatos e estabelecendo relações que permitissem novas explicações, colocando em dúvida os conceitos existentes.

Para a apresentação do relatório final, as estruturas de relevância identificadas foram agrupadas em um núcleo denominado: o processo de trabalho da equipe de saúde de uma Unidade hospitalar de atendimento às urgências e emergências, que se subdividiu em quatro subnúcleos: organização tecnológica do trabalho; o trabalho na unidade de emergência: a fragmentação e a centralidade do trabalho médico; a superlotação e o atendimento aos usuários em situações de urgência e emergência; e, a finalidade do trabalho na unidade de emergência: desencontro entre as expectativas dos trabalhadores e as necessidades dos usuários.

4 O PROCESSO DE TRABALHO DA EQUIPE DE SAÚDE DE UMA UNIDADE DE HOSPITALAR DE ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

Os resultados aqui apresentados são oriundos das observações e entrevistas, as quais foram reunidas e analisadas, buscando responder aos objetivos do estudo. Dessa forma, o processo de trabalho é analisado por meio dos elementos que o constituem e associado às concepções dos trabalhadores que atuam na Unidade de emergência.

4.1 Organização Tecnológica do Trabalho

A Unidade de emergência é um dos locais da área hospitalar que se caracteriza por concentrar além dos saberes específicos de diversas áreas do conhecimento, uma grande quantidade de equipamentos. A associação dos instrumentos tecnológicos e dos diferentes saberes aparece muito claramente durante o processo de trabalho na emergência, desempenhando um papel importante para a finalidade do trabalho no setor.

A organização dos processos de trabalho constitui-se pelos seguintes elementos: o objeto de trabalho, os meios de produção e o trabalho humano, assim como as relações técnicas, sociais e de produção. Historicamente, por meio do trabalho, os seres humanos produzem e reproduzem a sua existência, tanto pelos processos objetivos quanto subjetivos (DESLANDES, 2002; RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004).

Ao ser estudado o processo de trabalho da equipe de saúde de uma Unidade hospitalar de atendimento às urgências e emergências, foi possível analisar o foco de atenção/cuidado das práticas de saúde, os instrumentos utilizados para a operacionalização do cuidado, e especialmente as relações que se estabelecem no interior do processo de trabalho, que se caracteriza por prestar atendimento a usuários em situações críticas de vida, portadores de agravos clínicos e traumatológicos de grave intensidade, com potencial risco à vida. Dentre esses

agravos podem-se destacar as complicações das patologias clínicas, as neoplasias, os acidentes e violências, entre outros.

Aqui praticamente é a entrada do hospital; nas emergências chega gente ensangüentada, esfaqueada, toda emergência vem direto para a Unidade (E-Vigilante).

É possível constatar que a equipe de saúde que atua na Unidade de emergência utiliza o conhecimento técnico necessário para realizar o atendimento em situações que requerem o restabelecimento da vida:

Toda emergência que chega passa direto; é colocada na sala de emergência, são verificados os sinais vitais, instalada solução e, nos traumas, é rotina despir o paciente, porque normalmente ele vai para o bloco (E-Enfermeiro).

No processo de trabalho dessa equipe de saúde, identifica-se que há necessidade constante da tomada de decisões rápidas e seguras por parte dos profissionais, determinando o tipo da assistência oferecida.

O trabalho, na emergência, apresenta algumas características específicas, exigindo que os profissionais tenham agilidade e competência de atender às necessidades identificadas. Trata-se de um ambiente de trabalho no qual o tempo é limitado, as atividades são inúmeras e a situação clínica dos usuários exige que o profissional faça tudo para afastá-los do risco de morte iminente (OLIVEIRA *et al.* 2004).

Dal Pai e Lautert (2005) corroboram essa afirmação ao refletir que na busca pela estabilização das condições vitais do paciente, o atendimento se dá por meio do suporte à vida, exigindo agilidade e objetividade no fazer. Assim, o processo de trabalho se molda na luta contra o tempo para o alcance do equilíbrio vital tido como objetivo do trabalho.

No processo de trabalho na Unidade de emergência, alguns instrumentos, vistos como condições de trabalho, incorporam não só os aspectos específicos, mas também a sua organização tecnológica, o domínio do saber, o cenário e o ambiente no qual se efetua o trabalho.

A respeito dos instrumentos de trabalho Gonçalves (1992, p. 8) afirma que:

Eles correspondem, portanto a forma pela qual a energia se incorpora ao processo de trabalho [...]. Eles tampouco são naturais, e sim construídos historicamente, pelo sujeito e para se constituírem enquanto instrumentos

devem apresentar a capacidade de sintetizar as qualidades do objeto e do projeto de produto em uma ação transformadora.

Na Unidade de emergência, vários são os instrumentos empregados para realização do trabalho. A visita médica, o prontuário do paciente, a passagem de plantão médico e de enfermagem, o relatório de enfermagem e as escalas são instrumentos que a equipe utiliza:

A enfermeira acaba o procedimento e volta ao posto de enfermagem, onde inicia a realização do relatório de enfermagem para a passagem do plantão (O-Enfermeira).

A enfermeira e demais membros da equipe de enfermagem chegam à unidade de emergência às 18h50min para a passagem do plantão que ocorre na sala de lanche da unidade. A enfermeira do turno da tarde inicia o relato dos pacientes internados cita o leito, nome do paciente e o diagnóstico deste. Faz algumas observações como, por exemplo, se o curativo daquele paciente foi feito e se o paciente de tal leito teve alguma intercorrência durante seu turno. Assim que é realizada a passagem do plantão a equipe se dirige à sala de observação da Unidade, lugar onde os pacientes estão internados (O-Enfermeira).

De acordo com Dal Pai e Lautert (2005), embora a Unidade de emergência ofereça serviços de alta complexidade e diversidade no atendimento a pacientes em situação de risco iminente à vida, as tecnologias avançadas utilizadas nesse atendimento nem sempre garantem a qualidade da assistência, pois há influência decisiva de fatores relacionados aos instrumentos, objeto e força de trabalho.

O cuidado produzido na Unidade de atendimento hospitalar às urgências e emergências atende a uma finalidade. As ações de saúde produzidas no processo de trabalho de uma equipe influenciam e são influenciadas por questões técnico-sociais. O reconhecimento da finalidade do trabalho é essencial para compreensão das práticas realizadas na emergência.

O processo de trabalho nessa Unidade está organizado para atender com presteza e segurança às situações de urgência e emergência. Entretanto, os entrevistados relatam que é freqüente a população utilizar a porta da urgência, não só para casos agudos, mas também de forma eletiva, para complementar os atendimentos das Unidades Básicas de saúde e das Unidades especializadas.

Eu acho que o trabalho na Unidade de emergência é fundamental para todo o hospital, porque aqui é a porta de entrada do hospital, então o atendimento realizado aqui vai refletir em todo tratamento, eu acho que a assistência na emergência pré-hospitalar e hospitalar é fundamental para melhora ou piora do quadro do paciente (E-Enfermeira).

Essa Unidade de emergência na verdade funciona como um posto de saúde, a gente atende desde um curativo, uma medicação externa, paciente de CTI, paciente que vai para cirurgia, quase todas as clínicas atuam na Unidade, então a gente trabalha com todo tipo de paciente, paciente com câncer, paciente da Gastrologia, paciente com lesão, paciente com infarto, paciente da CTI, paciente terminal, então é preciso ter conhecimento em todas as Áreas, para poder atuar aqui (E-Técnica de Enfermagem).

Assim, identifica-se que os profissionais têm consciência da importância do trabalho realizado na Unidade de emergência, bem como sua responsabilidade como porta de entrada para o sistema de saúde de toda a Região para a qual o hospital é referência.

De acordo com Gonçalves (1994), o trabalho é uma ação que não é um ato individual ou isolado, e nem tem liberdade interna de criação. É um ato reiterado pela sociedade e sempre faz parte de coletivos, mesmo que alguém esteja agindo individualmente, porque cada trabalho responde a necessidades sempre sociais, de todos, e a ação deve se conectar, às outras iguais com as quais troca materialidade, isto é, completa-se e faz completar. Na Unidade de emergência pode-se observar que:

Médicos, residentes, doutorandos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem todos trabalham juntos, todos têm que trabalhar juntos, porque um depende do trabalho do outro, até o pessoal da fisioterapia, da nutrição, porque não é possível trabalhar sozinho, cada um tem que fazer a sua parte (E-Enfermeira).

Conforme constatado, a Unidade o desafio de atender não só às necessidades classificadas como urgência ou emergência, mas também àquelas desgarradas da atenção básica e àquelas encaminhadas pelos serviços referenciados:

[...] a gente atende muita coisa que não é emergência e que se poderia resolver em um posto de saúde mesmo (E-Residente).

Para tanto, faz-se necessária não apenas a organização das unidades de atendimento hospitalar às urgências e emergências, mas a reestruturação de todos os serviços de saúde para o recebimento e encaminhamento das urgências, o que implica a discussão da organização de todo sistema de atenção à saúde.

Assim, seria imprudente atribuir somente à organização do processo de trabalho e às relações existentes entre os elementos desse processo a problemática

das dificuldades enfrentadas. É importante e necessário que a discussão sobre a organização do sistema de atenção às urgências ultrapasse o ambiente hospitalar e seja incluída na agenda de discussão de todas as Unidades. Que o atendimento das situações de urgência não seja visto apenas como da responsabilidade dos serviços de atendimento móvel de urgência (SAMUs), pronto atendimentos e Unidades de atendimento hospitalar às urgências e emergências.

A reestruturação da prática de atenção à saúde para o atendimento às urgências é necessária, pois a constante superlotação agrava o ambiente já tenso na Unidade de emergência hospitalar, especialmente quando os usuários, segundo os profissionais, não se encontram em situação de urgência ou emergência. Essas dificuldades apresentam reflexos diretos na qualidade do atendimento prestado e na satisfação do trabalhador com seu trabalho.

Na unidade de emergência, todos os leitos estão ocupados, três pacientes estão em macas aguardando no corredor e outros quatro aguardam em cadeira de rodas. Um residente pergunta à enfermeira onde poderia colocar o paciente que está em observação na sala de emergência. A enfermeira responde que não há lugar, pois está tudo ocupado, então o residente diz que não tem sala para realizar o atendimento (O-Enfermeira).

É uma unidade bem agitada, e a qualidade depende; como hoje, que está superlotada, tem que fazer o básico (E-Enfermeira).

A unidade de emergência está com seus 22 leitos ocupados, na sala de observação muitas pessoas transitam e conversam alto, são médicos, residentes, doutorandos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e até um policial da brigada militar procura por uma paciente vítima de acidente (O-Sala de Observação para Adultos).

Urge então, discutir-se a respeito da finalidade do trabalho nas unidades de atendimento hospitalar às urgências e emergências, inseridas em um sistema de atenção à saúde que prevê a regionalização e hierarquização das ações, mas que, na prática, não apresenta essa organização, como também sobre o financiamento e a aplicação dos recursos da Saúde para o atendimento às urgências e emergências. Os profissionais enfatizam a necessidade de qualificar esse atendimento nos Municípios que têm a Unidade de emergência como referência.

É necessário qualificar os outros municípios. Muitos pacientes são encaminhados para receber avaliação aqui porque apresentam dor no peito, e na sua cidade não tem o aparelho de eletrocardiograma, então eles vêm e ficam esperando atendimento aqui. Então não adianta nós trazermos mais um aparelho de eletrocardiograma para cá, nós precisamos de um aparelho de eletrocardiograma e um médico que saiba interpretar no Município de

origem do paciente. Tem que ter aparelho de eletrocardiograma, de Raio-X, tem que remunerar melhor os profissionais e qualificar o atendimento. Do contrário, o paciente vai procurar atendimento onde há condições, porém, onde há condições no Brasil são ilhas, um hospital que outro, são ilhas, são ilhas em meio a uma grande massa de pacientes que precisam de saúde e que não se tem como socorrer. Por exemplo, aqui na Unidade de emergência, são 1 milhão de habitantes rondando um hospital de 300 leitos (E-Médico).

De acordo com Marques *et al.* (2007), apesar das mudanças significativas na forma de organização do trabalho, com base nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, os processos de trabalho ainda estão centrados nas demandas e necessidades dos trabalhadores e muito pouco nas dos usuários. No entanto, essa centralidade não garante trabalhadores satisfeitos e serviços qualificados e acolhedores. Os descontentamentos e o sofrimento no trabalho atestam insuficiências, inadequações e falta de investimento no trabalho em saúde.

Na concepção dos profissionais da equipe de saúde, as atividades desenvolvidas na Unidade de atendimento hospitalar compõem um trabalho estressante, em consequência da gravidade dos casos atendidos, associados à grande procura de pacientes pelas emergências.

O trabalho na emergência é agitado e estressante, requer muita atenção e a clientela é muito grande (E-Enfermeira).

Embora o trabalho seja estressante, desgastante e eu saia exausta, gosto daqui. Tem sempre coisas novas, não é sempre aquela rotina, a cada emergência nova, a gente trabalha e está aprendendo (E-Enfermeira).

O trabalho na Unidade de emergência é necessário, só que extenuante, desgastante, mas importante para o aprendizado (E-Residente).

Apesar de estressante, o trabalho na Unidade de emergência também se constitui em uma fonte de realização pessoal. De acordo com as falas dos profissionais, o trabalho realizado é tenso e desgastante, entretanto, parece constituir-se numa fonte de aprendizado, em razão da variedade e complexidade dos casos atendidos.

Essa característica faz da unidade de emergência um excelente campo prático para profissionais em formação que se envolvem no processo de produção do cuidado. Residentes, doutorandos, acadêmicos de Medicina e Enfermagem integram-se aos profissionais da equipe, buscando atender às demandas que procuram a unidade de emergência.

A sobrecarga de trabalho percebida pelos trabalhadores da Unidade de emergência, ocasionada especialmente por demandas não pertinentes à sua capacidade tecnológica, acarreta desgaste ao trabalhador de saúde e ao usuário, a sensação de que estão procurando o serviço errado, na hora errada. Assim, Marques *et al.* (2007) indicam que, para transformar a cultura organizacional das Instituições públicas de saúde, será preciso (re)pensar a comunicação entre usuários, trabalhadores e gestores do sistema de atenção à saúde, construindo, assim, novas práticas que privilegiem o indivíduo como centro da assistência.

O usuário, quando procura os serviços, busca a resolução de suas necessidades; não conseguindo, desloca-se de um serviço para outro até obtê-la. Ele pensa que a manifestação de uma necessidade pode expressar a solução do que representa um problema. A definição do problema leva em conta o conceito de saúde-doença apreendido por ele nas relações sociais e no cotidiano. Cabe aos trabalhadores/gestores a compreensão e caracterização desses problemas a fim de tornar o atendimento mais acolhedor, utilizando uma abordagem que leve à solução competente e que satisfaça o usuário.

Portanto, ao analisar a organização tecnológica do trabalho de uma equipe de saúde que atua em uma Unidade de emergência hospitalar, pode-se evidenciar os vários tipos de relações existentes no processo de produção de cuidados nesses serviços. Assim, para que ela desenvolva a finalidade do seu trabalho faz-se necessário o envolvimento de profissionais, gestores e usuários.

4.2 O Trabalho na Unidade de Emergência: a fragmentação e a centralidade do trabalho médico

O trabalho na Unidade de emergência, por estar inserido no contexto hospitalar, dá-se com base em um projeto intelectual, em torno do qual se articulam saberes e práticas que têm a finalidade de produzir cuidados individuais de diagnóstico e terapêutica, atendendo às necessidades sociais de reprodução e preservação da vida, especialmente em situações de urgência e emergência.

O processo de trabalho na unidade de emergência hospitalar envolve contribuições de médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de

enfermagem, assistentes sociais, fisioterapeutas, nutricionistas e de trabalhadores que desenvolvem atividades de apoio à prestação de cuidados de saúde. Portanto, a produção de cuidados nesse local se dá por meio de ações são realizadas isoladamente, por cada um dos profissionais, ou em cooperação entre os agentes de uma mesma Área, ou ainda, entre os agentes das diferentes Áreas:

É um trabalho prestado por vários profissionais: Médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, nutricionista, fisioterapeuta, assistente social e ainda contamos com os residentes, doutorandos, acadêmicos do curso de medicina, e os bolsistas e acadêmicos do curso de enfermagem. Sem falar dos trabalhadores da vigilância, recepção e serviços gerais (E-Enfermeira).

Na fala dos agentes que atuam na equipe de saúde na Unidade de emergência, identifica-se que há características de um trabalho coletivo. No atendimento às emergências todos os agentes participam de maneira a contribuir para o restabelecimento da vida. Nesse sentido, o trabalho é realizado por diversos grupos profissionais e apresenta aspectos de complementaridade e interdependência entre os diferentes trabalhos.

Ao ser questionado sobre quais agentes do trabalho atuam na unidade para atender a uma emergência, recebemos a seguinte resposta:

Nas emergências, acontece tudo simultâneo, um vai colocando o oxigênio, o outro vai instalando a solução, outro verifica os sinais, tudo coordenado pelo médico, que vai mandando fazer as coisas. Acesso venoso a gente não espera, porque o paciente pode entrar em choque, então é rotina colocar máscara de oxigênio, puncionar acesso venoso, verificar sinais vitais, fazer um HGT, isso aí é rotina na emergência, a gente faz automaticamente (E-Técnico de Enfermagem).

Quando chega uma emergência vem o médico, o doutorando, o residente, os estagiários auxiliam também, vem a equipe de enfermagem (E-Enfermeiro).

O trabalho coletivo na Unidade de emergência tem como característica o parcelamento das ações com base na divisão social e técnica do trabalho. Os resultados encontrados demonstram a divisão do trabalho entre as diferentes categorias profissionais e mesmo dentro das próprias categorias.

Eu acho que cada um desenvolve o trabalho na sua área, eu como fisioterapeuta, o médico como médico, a enfermeira como enfermeira a nutricionista como nutricionista. Eu acho que todos se empenham ao máximo para oferecer o melhor atendimento (E-Fisioterapeuta).

A enfermeira está realizando cuidados a uma paciente vítima de acidente vascular cerebral hemorrágico, a paciente está em ventilação mecânica e com muitas medicações em bomba de infusão. A enfermeira aspira o tubo oro-traqueal, cavidade oral e nasal, realiza higiene oral, com uma pinça e uma cuba e troca o cadarço do tubo. Nesse instante, duas técnicas de enfermagem se aproximam do leito, elas estão verificando os sinais vitais dos pacientes que se encontram na sala de observação. Passam em cada leito, uma traz um carrinho com um aparelho de pressão e a outra o termômetro. Aquela que traz o termômetro também anota os resultados em uma prancheta que fica presa nos pés do leito do paciente. Quando elas chegam ao leito no qual a enfermeira está realizando os cuidados, vão adiante e só retornam ali quando a enfermeira acaba os procedimentos. Assim que a enfermeira se afasta do leito, um residente se aproxima, ausculta a paciente e conversa com a familiar que está a seu lado e volta ao posto médico onde prescreve os cuidados na pasta da paciente (O-Enfermeira).

Embora caracterizadas pela fragmentação em conseqüência da intensa especialização, as ações isoladas do trabalho especializado, por si só, não conseguem atender integralmente às necessidades de saúde na emergência. Para tal, o trabalho precisa ser complementado por atividades de outros trabalhadores, além de estar articulado entre si.

Cada um tem sua missão dentro da unidade, o pessoal da enfermagem, o pessoal da equipe médica, os alunos todos têm uma participação, cada um tem sua função no atendimento. Às vezes todo mundo interage junto, às vezes, o trabalho é coordenado, o médico presta a assistência e depois vai o técnico de enfermagem ou o enfermeiro, dependendo da qualificação que exige o procedimento, o aluno está sempre presente (E-Médico).

A secretária que atende do outro lado do balcão dos prontuários desliga o telefone olhando para a enfermeira e avisando que podia levar um paciente para internar em algum andar. A enfermeira fala com uma técnica de enfermagem, responsável pelos cuidados, e elas por sua vez conversam com o residente sobre um paciente que iria para o bloco cirúrgico (O-Enfermeira).

Assim, no processo de trabalho na Unidade de emergência foi identificada a atuação conjunta dos profissionais, médico, enfermeiro, nutricionista, fisioterapeuta, secretária, recepcionista, e demais envolvidos.

De acordo com Marques e Lima (2008), no trabalho coletivo, sempre há espaço para o diálogo, para a reflexão, tomada de decisão conjunta, na busca de um objetivo único que é a qualidade do cuidado prestado. Para as autoras, a comunicação e a interação são potentes ferramentas desse trabalho, por meio do qual o trabalhador introduzirá mudanças na relação de poder existente, tanto entre as categorias profissionais, quanto entre profissional e usuário.

No trabalho coletivo as diferentes profissões compartilham o mesmo objeto de trabalho, tendo como finalidade a ação terapêutica de saúde. Na unidade de emergência estudada os agentes destacam:

[...] o cuidado ao paciente grave como objetivo da assistência prestada (E-Enfermeiro).

Na Unidade de emergência os médicos são responsáveis pelos pacientes que estão em atendimento. Todos os procedimentos médicos são por eles solicitados. Eles decidem e prescrevem o tratamento que será ministrado pelas demais categorias profissionais.

Um residente entrega uma prescrição para o técnico de enfermagem e solicita que ele administre uma medicação em um senhor que está sentado na salinha ao lado da sala de emergência (O-Posto de Enfermagem).

O médico plantonista da clínica entrega uma prescrição para uma técnica de enfermagem e solicita a preparação e administração da medicação a um paciente com diagnóstico de apendicite (O-Posto de Enfermagem).

A residente se dirige à enfermeira e avisa que um paciente que estava em observação em uma cadeira, no corredor de acesso à sala de observação para adultos será liberado, e que pode ser retirada a solução (O-Enfermeira).

Os médicos exercem controle considerável sobre todo o processo de trabalho nessa Unidade de emergência. Atuam, desde o primeiro atendimento, na transferência e/ou na alta do paciente.

De acordo com Marques e Lima (2008), o trabalho coletivo, com base no modelo médico hegemônico, está organizado com base na consulta médica. Sua finalidade é recuperar o corpo doente e tratar a doença, pinçada pela queixa principal.

Atuam na Unidade de emergência, diariamente, um médico plantonista da clínica médica e um médico plantonista da cirurgia. Normalmente, o plantonista da clínica médica é que permanece na Unidade respondendo pelo plantão, enquanto o da cirurgia encontra-se no bloco cirúrgico, vindo à Unidade de emergência, somente quando solicitado. A Unidade conta ainda, com médicos que atuam na modalidade de sobreaviso, que é o caso do neurologista e do traumatologista.

A Unidade tem dois médicos plantonistas um clínico e um cirúrgico. O clínico fica aqui e o cirúrgico não. Ele se divide entre a unidade de emergência e o bloco cirúrgico. Os dois plantões são diferentes, por que

quem acaba realizando o primeiro atendimento às urgências e emergências é o clínico. Até mesmo as emergências dos pacientes que estão em observação são atendidas por ele. É ele que orienta os estagiários, na parte clínica, sobretudo a parte de consulta, junto com os residentes, sendo que dois residentes atendem durante o dia e um durante a noite (E-Enfermeira).

Assim, o médico plantonista da clínica médica é responsável pelo atendimento às urgências e às emergências, além de responder pelas intercorrências dos pacientes que se encontram em observação, quando o médico da especialidade não se encontra no local. Esse profissional também é responsável pelo trabalho realizado por doutorandos e residentes nas consultas e atendimento às urgências.

O médico plantonista da clínica responde pelo atendimento das emergências e se envolve também na emergência de pacientes que estão em observação, mesmo que estes sejam de responsabilidade das outras clínicas (E-Enfermeira).

O primeiro contato dos usuários com a equipe médica é realizado com o doutorando supervisionado pelo residente e médico plantonista da clínica médica. Após ser realizado o diagnóstico inicial, o paciente é encaminhado ao médico da clínica especializada, o qual passa a responder pelo caso. É necessário destacar a presença contínua de residentes da clínica médica e da clínica cirúrgica que atuam sob supervisão dos médicos da equipe e acompanham o trabalho dos doutorandos e acadêmicos de Medicina, que juntos atendem a grande parte dos usuários que procuram a Unidade de emergência.

O doutorando geralmente atende quando não é emergência, ele faz o primeiro atendimento, vê o paciente, faz anamnese, examina o paciente e discute o caso comigo e aí, dependendo da patologia do paciente, a gente toma uma conduta, às vezes, é necessário que o médico preceptor esteja presente, às vezes, não, pois o procedimento é de menor complexidade que eu [residente] posso fazer sozinho. Quando é necessário levar para o bloco cirúrgico vai toda a equipe: doutorando, residente e o médico preceptor; tudo depende do caso (E-Residente).

Os médicos residentes são responsáveis pelo acompanhamento dos pacientes em observação, juntamente com o médico da respectiva especialidade, que recebe a denominação de preceptor. Eles realizam a avaliação clínica dos pacientes que estão em observação, diariamente, e após discutem o caso com seu preceptor. A divisão hierárquica R1 e R2, é realizada de acordo com o tempo de residência do profissional e determina o nível de responsabilidade e a complexidade

dos casos que o profissional assume na Unidade de emergência, onde muitas vezes, evidenciou-se na unidade de emergência o grupo de residentes discutindo casos e planejando a conduta terapêutica.

[...] um R1 solicita ao R2 que realize explicações sobre a conduta de um paciente que está em observação na Unidade. Os dois conversam olham o prontuário e então o R2 sugere uma conduta ao colega (O-Posto Médico).

Estudo realizado por Lima (1998) demonstra que, seguindo a lógica que preside a organização do trabalho, no modelo clínico, o ensino de Medicina e a residência médica estão organizados com divisão de responsabilidades e fragmentação das atividades desenvolvidas, o que impede o acompanhamento e a evolução do paciente de forma integral.

Na hierarquia do trabalho médico na Unidade de emergência, o ápice é ocupado pela chefia médica que responde pelas questões administrativas, elaboração da escala de plantões e é o elo com a Direção Clínica do HUSM. Esse cargo é ocupado por um médico do quadro de profissionais do Hospital geral, que também participa da escala de plantões.

O trabalho médico tem como elemento central o processo de diagnóstico e tratamento. Um dos instrumentos de trabalho usado pela equipe médica para atingir esse objetivo é a visita médica, considerada um momento de trabalho intelectual que ocorre, diariamente, na Unidade. Nela, são discutidas e avaliadas as condutas médicas, os diagnósticos, o tratamento, os exames a serem realizados e as altas; e aí se definem, também, muitas das ações dos outros profissionais envolvidos no processo de trabalho. Cabe destacar que, por ser um Hospital de ensino, a Unidade de emergência é um ambiente acadêmico, um espaço para produzir conhecimentos por meio da discussão e troca de experiências.

O médico preceptor, residente e doutorando fazem a visita médica a uma paciente que está em observação na Unidade de emergência. Eles circulam acompanhados de dois acadêmicos de Medicina. O residente realiza questionamentos a paciente referentes ao quadro clínico da mesma. Após, eles se dirigem à sala-de-estar médica localizada dentro da Unidade e lá discutem o caso (O-Visita Médica).

Entretanto, acompanhando-se as visitas médicas constatou-se a presença apenas de profissionais da Área médica participando das discussões. Em algumas ocasiões a enfermeira esteve presente, mas sua participação restringiu-se a

responder às perguntas que lhe foram dirigidas, ou trazer alguma alteração importante que foi por ela detectada.

A enfermeira está realizando cuidados a um paciente vítima de acidente vascular cerebral hemorrágico, quando chega o médico preceptor acompanhado de um residente. Eles se aproximam do leito e conversam sobre a paciente, o residente começa relatar o caso e o preceptor vai aos poucos se distanciando do leito em direção à sala-de-estar médica que se localiza dentro da Unidade de emergência. Após algum tempo retornam ao leito; ainda estão ali, a enfermeira e uma acompanhante. Então o preceptor se aproxima um pouco mais do leito e diz ao residente: “Vamos retirar a sedação para ver como ela reage”, então ele olha para mulher que está acompanhando a paciente e pergunta: “Vocês têm ciência do quadro?”. O residente diz: “Eu já falei para ela sobre o quadro”; a acompanhante responde apenas com sinal afirmativo. Os dois, preceptor e residente, se afastam do leito, porém antes de sair o residente se dirige à enfermeira confirmando a retirada da sedação da paciente (O-Enfermeira).

A sala de observação para pacientes adultos da Unidade de emergência é um grande salão, onde circulam todos os profissionais da equipe. Assim, não foram raras as situações em que outros profissionais estiveram presentes durante a visita médica, especialmente por estarem realizando algum procedimento nesse momento, porém não participaram das discussões entre os profissionais médicos.

A organização do processo de trabalho, com base no modelo clínico de atenção, tem colocado o profissional médico como o detentor de saber e poder. Nas propostas de reordenamento da atenção básica, como nas equipes de saúde da família e no acolhimento por classificação de risco, proposto para as emergências que têm a noção de risco como critério, o trabalho médico ainda tem sido destaque, sobretudo por meio da consulta e dos procedimentos (MARQUES *et al.*, 2007).

Pode-se constatar que o trabalho do médico na Unidade está dividido entre aquele trabalho realizado pelo plantonista da clínica médica, que recebe o paciente e realiza o primeiro atendimento, sempre com auxílio de residentes, doutorandos e acadêmicos de Medicina e os médicos especialistas que fazem parte do Corpo Clínico do Hospital e assumem os pacientes da sala de observação após o diagnóstico.

A divisão do trabalho do médico é apontada pelos demais profissionais da equipe como prejudicial à formação de vínculo e responsabilização com o usuário, pois, muitas vezes, ele não sabe qual profissional da equipe médica está respondendo pelo seu tratamento.

São 11 clínicas aqui na Unidade de emergência, então é muito difícil às vezes, familiar e paciente ficam confusos, não sabem quem é o médico deles, e todo mundo vem e se identifica. Eu acho que o plantonista da clínica médica deveria assumir a unidade de emergência e assim ele daria o destino para a clínica especializada, que assumiria os pacientes na Unidade de internação, e aqui ficaria a cargo do plantonista (E-Técnico de Enfermagem).

Em qualquer intercorrência desde que, não seja uma parada, mas que seja necessário agir na hora, é preciso ligar para o médico residente. Às vezes, ele não está no hospital, está em casa, então tem que ligar para sua casa para ver se pode fazer isso ou aquilo. Na minha opinião, se o plantonista assumisse os pacientes da emergência, o atendimento iria fluir melhor. Porque é fácil fazer plantão na emergência, tu só passas o caso; se é da Cardiologia, vai para a Cardiologia, se é da Pneumologia, vai para a Pneumologia, então não assumem nada, então é fácil fazer plantão (E-Técnico de Enfermagem).

A divisão do trabalho médico para assistência dos pacientes que se encontram em observação, por clínicas especializadas na Unidade de emergência é destacada como fator que dificulta o trabalho na emergência, causando, muitas vezes, insatisfação de profissionais, usuários e familiares, submetidos a longas esperas para resolver o seu problema de saúde, enquanto aguardam a avaliação do médico especialista.

O marido de uma paciente se aproxima do posto de enfermagem e questiona o técnico de enfermagem que está preparando uma medicação: “Esse médico não vai vir olhar os exames?” Sua filha diz ainda, que os exames já estão prontos desde as 19 horas e que até as 23h50min o médico não veio, o técnico de enfermagem responde a eles que terão que aguardar, pois não há como liberar a paciente sem a avaliação do médico (O-Técnico de Enfermagem).

A forte característica do trabalho médico-centrado, na Unidade de emergência, destaca a dificuldade de integração e articulação entre os grupos profissionais e usuários/familiares. Desse modo, pequenos ou grandes problemas não conseguem obter solução, acarretando desgaste e conflitos entre os profissionais na execução do trabalho.

Na equipe de enfermagem, a divisão técnica e social do trabalho é ainda mais visível, pois os trabalhadores de nível médio dividem entre si os cuidados prestados aos usuários, ficando a gerência e supervisão a cargo do enfermeiro. Esta divisão leva a uma organização do trabalho baseada nas tarefas.

Enquanto dois técnicos de enfermagem e a bolsista do curso de Enfermagem verificam os sinais vitais dos pacientes a outra técnica de enfermagem prepara a medicação no posto de enfermagem e a enfermeira

passa de leito em leito para conversar com os pacientes. Nesse momento, ela também avalia a pasta do paciente que fica no leito, observando se os sinais vitais estão estáveis (O–Equipe de Enfermagem).

Na divisão técnica e social do trabalho de enfermagem na Unidade de emergência, as enfermeiras coordenam, orientam e supervisionam o pessoal de enfermagem e outros funcionários do ambiente. Ela é a detentora do saber e controladora do processo de trabalho de sua equipe. Os técnicos, auxiliares e bolsistas de enfermagem são os executores de tarefas.

A equipe de enfermagem trabalha por turnos e é composta por auxiliares de enfermagem, técnicos de enfermagem e enfermeiras. Nos plantões diurnos, durante a semana, a equipe é composta por duas enfermeiras, cinco técnicos e auxiliares de enfermagem. No plantão da manhã, uma das enfermeiras exerce funções administrativas e a outra responde pelos cuidados. Nos plantões noturnos e nos finais de semana, a equipe se encontra reduzida, sendo habitualmente constituída por uma enfermeira e quatro técnicos e auxiliares de enfermagem.

Entre as diversas atividades que permeiam o fazer da enfermeira destacam-se as atividades administrativas e assistenciais. A enfermeira, nesse contexto, é a responsável pelo gerenciamento do trabalho, bem como é de sua responsabilidade garantir a qualidade da assistência prestada pelos auxiliares e técnicos de enfermagem. Nesse sentido, uma das enfermeiras assume as emergências e o cuidado dos pacientes mais graves que se encontram na Unidade e a supervisão dos profissionais que atuam na equipe de enfermagem.

A enfermeira está na sala de emergência, atendendo duas pacientes vítimas de uma colisão de trânsito. Com ela, estão o residente e três doutorandos (O–Enfermeira).

A enfermeira organiza o material e se dirige ao leito de um paciente grave para realizar os cuidados, inicia realizando a mudança de decúbito do paciente, com auxílio de um familiar, após realiza higiene oral, nasal e do tubo oro-traqueal e retorna ao posto de enfermagem onde registra os procedimentos realizados, no prontuário do paciente (O–Enfermeira).

Em alguns momentos, a enfermeira se ocupa do banho, da medicação, da mudança de decúbito e do controle de sinais vitais.

A enfermeira sai do posto de enfermagem dirigindo-se a um dos leitos dos pacientes que se encontram na sala de observação para pacientes adultos e auxilia o familiar na mudança de decúbito do paciente, revisa o

gotejamento da solução em seguida volta ao posto de enfermagem onde despreza as luvas e lava as mãos (O-Enfermeira).

A enfermeira estava preparando uma medicação e logo sai do posto de enfermagem indo em direção de um paciente que está internado, administra a medicação e retorna (O-Enfermeira).

A outra enfermeira se dedica ao gerenciamento da assistência e do espaço assistencial. Durante o plantão passa grande parte do tempo atendendo telefones, preenchendo requisições e impressos, efetuando escalas, dentre outras atividades gerenciais. Desempenha o papel de gerente do local de trabalho sendo questionada pela equipe médica e de enfermagem sobre a localização de equipamentos, transferência de pacientes, disponibilidade de leitos, preenchimento de impressos e sobre as rotinas que devem ser seguidas perante determinada situação.

A gente responde pelas atividades administrativas da Unidade, como coordenar a equipe de enfermagem, fazer escala de trabalho e folgas, pedido de materiais e equipamentos, agilizar a transferência de pacientes da Unidade de emergência para Unidades de internação (E-Enfermeira).

A enfermeira está na bancada do posto de enfermagem realizando o pedido das medicações prescritas, para farmácia, e fala com secretária da Unidade que está do outro lado do escaninho, perguntando: "Há alguma alta prevista para o turno?". A secretária responde: "por enquanto não!" (O-Enfermeira).

O hospital como berço do modelo clínico, trouxe o perfil da enfermeira como profissional subordinada ao médico, mas cabendo a ela supervisionar os demais profissionais, conferindo-lhes saber administrativo. Na Unidade de emergência, a enfermeira reproduziu a mesma prática por influência do modelo centrado na figura do médico, limitando, muitas vezes, suas margens de autonomia ao trabalho da equipe de enfermagem.

Entretanto, pode-se afirmar que o papel das enfermeiras na equipe é indiscutível e imprescindível; seu trabalho é muito interrompido, elas transitam constantemente pela Unidade, sendo solicitadas por todos os profissionais da equipe, para informar familiares sobre o estado de pacientes, organizar a seqüência de atendimentos, autorizar determinado procedimento ou tomada de decisão. Muitas vezes, são elas que respondem pelo almoxarifado, farmácia, entre outros (LIMA; ALMEIDA, 1999; GUSTAVO, 2001; ROSSI; SILVA, 2005).

A enfermeira além de realizar a assistência, controlar o processo de trabalho dos demais membros da equipe também atua como agente articuladora das ações

dos demais trabalhos. Essa capacidade de articulação da enfermeira foi observada no processo de trabalho na Unidade de emergência, pois os vários profissionais referem-se a ela para dar andamento aos seus trabalhos na Unidade.

Lima (1998) em seu estudo destacou que essa função de coordenação que a enfermeira realiza é reconhecida e valorizada pelos demais agentes, que apontam inúmeras atividades, nas quais a sua presença da enfermeira se torna necessária e indispensável.

Assim, a enfermeira é a profissional responsável pelas conexões entre os diferentes trabalhos presentes no trabalho coletivo. Conforme constatado nas observações, a enfermeira assume e resolve várias situações durante o trabalho na Unidade de emergência, além de ser referência para outros profissionais, inclusive da equipe médica.

A enfermeira está sempre envolvida. No atendimento às emergências sempre está presente a enfermeira, o pessoal da medicina também, lógico, mas a enfermeira está sempre ali (E-Técnica de Enfermagem).

Uma residente chama a enfermeira e solicita o que é necessário para transferência de um paciente para outra cidade (O-Enfermeira).

Nesse momento uma acadêmica de Medicina vê a enfermeira e relata rapidamente que havia internado três pacientes e indica o diagnóstico de cada uma e que teria de colocar uma delas em um leito, porque não se poderia administrar medicação prescrita com ela sentada (O-Enfermeira).

De acordo com Marques e Lima (2008), as enfermeiras atuam em todas as frentes de trabalho. Elas coordenam as atividades da enfermagem, articulam, supervisionam, assim como selecionam pacientes de maior risco, dentro das prioridades estabelecidas. Também fazem a interligação do trabalho médico com os demais trabalhadores, setores e serviços.

A enfermeira coordenadora administrativa da unidade e a enfermeira responsável pelo plantão conversam sobre qual paciente será transferido para o terceiro andar. Então decidem que é a paciente do leito oito. Uma delas liga para a unidade de internação localizada no terceiro andar do hospital e passa o caso para a colega (O-Enfermeira).

As enfermeiras discutem as transferências dos pacientes para a unidade de internação (O-Enfermeira).

Nesse contexto, a enfermeira participa do trabalho coletivo no cotidiano do trabalho na unidade de atendimento hospitalar às urgências e emergências. Ela

articula os diferentes saberes e também auxilia no direcionamento do tratamento e da terapêutica médica.

Os técnicos e auxiliares de enfermagem trabalham sob a supervisão das enfermeiras que gerenciam o trabalho e efetuam as prescrições de enfermagem. A eles são distribuídas tarefas, que variam de acordo com o turno de trabalho. São os trabalhadores em maior número na equipe e efetuam grande parte dos cuidados de enfermagem. No entanto, participam muito pouco do planejamento da assistência. Participam das passagens de plantão apenas na qualidade de ouvintes e, apesar de terem prestado os cuidados, a informação é transmitida pela enfermeira.

A dinâmica da organização do trabalho exige, dos trabalhadores de nível médio, um bom cumprimento das tarefas que lhe foram designadas. Nela é destacada a divisão técnica e social do trabalho e a assistência é realizada de maneira fragmentada.

Na hierarquia do trabalho de enfermagem na Unidade de emergência, o ápice é ocupado pela coordenadora de enfermagem que responde pelas decisões de maior responsabilidade como: elaboração de projetos, aquisição de equipamentos, planejamento de ações de educação permanente, além de ser o elo com a Direção de Enfermagem do HUSM. Em um nível hierárquico menor, encontramos a Chefia de Enfermagem, que responde pelos problemas internos da Unidade como: organização e dimensionamento do quadro de pessoal, gestão de recursos humanos, solicitação de pequenos reparos e qualquer tipo de relacionado à assistência prestada a algum usuário na Unidade de emergência.

A Unidade conta também com uma coordenadora administrativa. Trata-se de uma enfermeira com experiência no Hospital geral, designada para realizar o controle e a regulação do fluxo de pacientes. Ela, além de coordenar as secretárias e recepcionista procura acionar contatos com as Unidades de internação do hospital, a fim de acomodar pacientes que estão na emergência, agilizando a realização de exames e, especialmente, o fluxo do bloco cirúrgico, para evitar superlotação.

O meu trabalho aqui é administrativo. Eu auxilio no controle e organização do fluxo dos pacientes como, por exemplo, um paciente da traumatologia é avaliado pelo cardiologista para posterior cirurgia. Ele solicita um ecocárdio, eu agilizo a realização do exame e faço o contato com o cardiologista para avaliar o exame, tudo para que o paciente possa estar pronto para cirurgia. Então são coisas que eu tento controlar, a transferência para outros lugares também procuro agilizar para que sejam transferidos, ajudo no fluxo, tanto

de exames quanto do próprio paciente. É para a cirurgia, é para o bloco, é para a traumatologia, eu vou ali e tento agendar o paciente, ajudar os enfermeiros a tentar outra alternativa, de repente um outro serviço de emergência. Em outras situações, procuramos receber o paciente, providenciar a avaliação, fazer exames e depois encaminhamos para outro lugar, muitas vezes, para sua cidade de origem, por exemplo, paciente da traumatologia que é de outra cidade e que não vai fazer a cirurgia em seguida, faz todo o apoio diagnóstico aqui na unidade, mas volta para suas cidades de origem e fica aguardando o chamado para a cirurgia, então esse é o meu trabalho na Unidade (E-Enfermeira Coordenadora Administrativa da Unidade).

A enfermeira coordenadora administrativa da unidade se dirige ao telefone e faz uma ligação para uma Unidade de internação do hospital: “Qual o leito que está vago aí? Ela consegue o leito e informa o médico a existência de um leito feminino na referida Unidade” (O-Enfermeira Coordenadora Administrativa da Unidade).

A enfermeira coordenadora administrativa acaba de falar com o residente e liga, dali do balcão da secretária, para o setor de traumatologia, ela diz que uma paciente da emergência iria para a cirurgia ainda naquela manhã, e que ela já estava pronta. Assim que desliga o telefone, ela olha para a enfermeira responsável pelo plantão e diz que o bloco está pronto e a paciente pode ser encaminhada (O-Enfermeira Coordenadora Administrativa da Unidade).

Outros profissionais de saúde observados no trabalho na Unidade de emergência foram: a assistente social, o fisioterapeuta e a nutricionista. A assistente social se ocupa de problemas socioeconômicos dos usuários. O seu trabalho está relacionado com o encaminhamento dos usuários pós-alta, com o contato de familiares, com a procura de apoio para os usuários na comunidade, entre outras. O trabalho desse profissional foi observado por meio do trabalho dos demais.

A enfermeira solicita à assistente social que faça contato com familiares de um paciente idoso que está em observação na Unidade de emergência. Ele foi trazido na noite anterior pela Brigada Militar que o encontrou caído na rua. Ao chegar à Unidade estava inconsciente e apresentando lesões no corpo (O-Enfermeira).

O trabalho do fisioterapeuta está voltado para os pacientes que se encontram em observação. O início do atendimento está vinculado à prescrição médica e posterior avaliação da fisioterapia.

O paciente chega é avaliado pelos médicos, aí eles dizem se precisa ou não de fisioterapia eu faço minha avaliação também, faço avaliação respiratória, motora e a gente conversa entre os profissionais pra ver se aquilo vai ser benéfico ou não para o paciente, mas para todo paciente, há uma inter-relação de idéias entre os profissionais (E-Fisioterapeuta).

O fisioterapeuta também aponta a necessidade de mais profissionais na sua Área para atuar na Unidade de emergência, o que possibilitaria a discussão e avaliação conjunta de casos.

Eu acho que há deficiência de alguns profissionais, como na minha Área que é um pouco sobrecarregada, precisaria um outro profissional até para debater alguma coisa referente a um caso, mas como é uma região muito grande que se tem que abraçar fica um pouco sobrecarregado (E-Fisioterapeuta).

A nutricionista supervisiona diariamente as dietas dos pacientes em observação; em algumas situações especiais ela visita o paciente e calcula a dieta de acordo com a prescrição médica.

No salão, a nutricionista calcula e monta a dieta para um paciente em especial (O-Nutricionista).

A nutricionista e um R1 olham o relatório de enfermagem (O-Nutricionista).

Por se tratar de um hospital universitário, em diversos momentos, foi possível observar atividades relacionadas ao ensino e à participação de docentes de Medicina e de Enfermagem, com seus alunos, no processo de trabalho nesse setor.

A professora do curso de Enfermagem está em aula prática com os alunos do quarto semestre. Ela conversa com a enfermeira do plantão e relata as atividades que seu grupo de alunos realizou no período: Curativos, medicações (O-Professora do Curso de Enfermagem).

O professor do curso de Medicina visita a Unidade de emergência cercado por 10 alunos. Eles caminham pelo corredor da sala de observação, param em alguns leitos, nos quais, o professor realiza orientações sobre determinadas patologias (O-Professor do Curso de Medicina).

De acordo com Rodriguez (2002), a equipe de saúde que atua em Unidades de emergência é, muitas vezes, constituída por profissionais em formação ou pelos profissionais mais recentes na Instituição. Tal fato tem como vantagem a capacidade desses profissionais em suportar a pressão do serviço, aliada ao interesse em acumular experiência, tendo em vista a variedade de casos atendidos. Por outro lado, o grande inconveniente é a falta de experiência e de formação específica para o trabalho nessa Área.

O trabalho de residentes, doutorandos, bolsistas e estagiários de Enfermagem e Medicina está sempre presente na Unidade de emergência. Em

vários momentos esses profissionais em formação respondem pelo andamento da assistência e do cuidado, conforme se pode constatar na observação a seguir:

Chega à Unidade uma paciente referindo dispnéia e é colocada na sala de emergência. O residente avalia a paciente e prescreve uma medicação endovenosa e nebulização. Em seguida, ele vai até o posto de enfermagem entrega a prescrição à bolsista de enfermagem que ali estava e solicita que administre a medicação. A bolsista prepara a medicação e se dirige à sala de emergência onde administra a medicação no paciente (O-Residente).

Tanto os profissionais em formação da Área da Medicina quanto da Enfermagem participam do processo de trabalho sob a supervisão dos profissionais que atuam na Unidade. As atribuições e responsabilidades são distribuídas de acordo com o nível de conhecimentos do profissional. Dessa forma, na Área médica, os detentores do maior saber são os residentes seguidos, dos doutorandos e estagiários do curso de Medicina.

O médico plantonista da clínica médica responde pelos profissionais em formação da Área médica, que se encontram no respectivo turno de trabalho. Assim, eles discutem casos e recebem orientações sobre a conduta que deve ser adotada nos casos atendidos.

Um acadêmico de medicina comenta com a médica o caso de um senhor de 62 anos que tem suores e vertigem. Diz que ele tem três pontes safenas, e que sua pressão arterial era de 130x80mmHg. A médica pergunta ao acadêmico como é que são as tonturas e quando elas acontecem. Em seguida, explica que deve ser feito um exame de glicemia capilar e verificar sua temperatura (O-Acadêmico do Curso de Medicina).

Um residente faz um pedido de Raio-X de tórax para uma paciente. Enquanto isso, a médica plantonista orienta a medicação que deve ser administrada três vezes ao dia e que se acrescente a dipirona para que a febre dela baixe e se tivesse náusea poderia usar dramin, o que poderia dar muito sono. “Ela tá chiando? É! tylenol não baixa a febre mesmo(O-Residente).

Um doutorando pergunta: “O que tem pra liberar ainda? Isso aqui?” A médica plantonista responde: “O da diarreia pode pedir exames de eletrólitos. Esse aqui vai embora para Faxinal e esse ainda não sei!”. “Coletaram amostra para exame comum de urina?”, pergunta a médica (O-Doutorando).

O fato de profissionais em formação participarem ativamente do trabalho na Unidade faz com que o processo de trabalho da equipe se organize de acordo com a complexidade do atendimento. No trabalho médico, por exemplo, os doutorandos responsabilizam-se pelos procedimentos de menor complexidade, já os residentes assumem casos mais complexos e com maior autonomia.

A secretária fala em tom de voz mais alto olhando para os acadêmicos de Medicina que chegou ligação de encaminhamento de paciente com fratura exposta, em carro particular. O residente pergunta: “Cadê o plantão da traumatologia? Eu não mexo em fratura exposta! Não imobilizo!”. Como ninguém se movimenta, o residente levanta e vai para frente da Unidade e os acadêmicos o seguem. Com ajuda de três acadêmicos ele imobiliza a perna esquerda da mulher que aparenta ter uns 30 anos e ainda está dentro do carro. Um dos outros acadêmicos busca uma cadeira de rodas e a conduzem para dentro da Unidade. Deixam-na no corredor onde há outros quatro pacientes também em cadeiras de rodas (O-Residente).

Desse modo, pode-se dizer que a finalidade do trabalho nessa Unidade de emergência se estende à formação dos profissionais da Área da Saúde. Foi observado, que em alguns momentos do dia, em especial no turno da manhã, a unidade é ocupada por um número maior de acadêmicos dos vários cursos da Área da Saúde e seus respectivos professores, além dos doutorandos e residentes. A Unidade de emergência caracteriza-se no Hospital Geral como um excelente campo de prática acadêmica para os graduandos de Medicina, Enfermagem, Fisioterapia entre outros, pelo fato de se tratar de uma Unidade que está inserida num Hospital de ensino, num meio acadêmico.

Entretanto, alguns profissionais da equipe apontam a presença constante de acadêmicos de Medicina e Enfermagem como um fator que, em alguns momentos, dificulta a dinâmica do trabalho.

O tumulto é uma dificuldade, porque, às vezes, a gente não consegue chegar próximo do paciente, falta espaço (E-Técnico de Enfermagem).

Uma dificuldade que eu sinto nesse hospital e que nos outros onde já trabalhei não tinha é que, na hora da emergência, vem muita gente em cima do paciente, a sala é muito pequena e, às vezes, a gente não consegue chegar até o paciente para fazer o que deve ser feito, essa é a dificuldade que eu encontro (E-Técnica de Enfermagem).

Eu sei que é um Hospital-escola, só que aqui é uma Unidade de emergência, então que se organizem pelo menos, porque aqui vem nutricionista, fisioterapeuta, o pessoal da internação domiciliar, os doutorandos, os residentes, os médicos então é difícil de identificar quem é doutorando, quem é residente. É tanta gente aqui no meio atrapalhando, é difícil para poder trabalhar, circular, levar paciente para exame, às vezes, para levar uma maca é preciso sair pedindo licença e eles olham, mas continuam vendo o professor explicar. E mais esses alunos não tiram aquela mochila deles por nada nesse mundo. A gente observa aquele corredor desse tamanhinho já tem eles ali, mais as mochilas e mais as macas que estão no meio do corredor. Eu cansei de perder a paciência e atropela-los, porque eu peço licença, e tem os estudos de caso, o professor chega ali com a turma mostra o paciente e vão para o meio do corredor fazem aquela rodinha. Porque não saem para fora? Mas tem vezes que a

enfermeira chega ali e diz “vocês vão ter que dar licença, tem muita gente aqui dentro”, hoje mesmo eu cheguei e tive que abrir as janelas, tinha umas cem pessoas ali dentro, gente que não toma banho, os pacientes e mais um monte de gente respirando aquele ar, eu não conseguia respirar lá dentro tive que abrir as janelas, fazer circular um pouco aquele ar, não dá pra agüentar, as vezes, então falta organização (E-Técnica de Enfermagem).

A grande movimentação pode representar desconforto aos clientes, familiares e trabalhadores levando-os, muitas vezes, a desgastes físicos e emocionais. As Unidades de emergência hospitalar deveriam ser preparadas para realizar assistência de alta complexidade com alto fluxo de atividades, de pessoal e de clientes.

A necessidade de compreender a finalidade acadêmica da Unidade de emergência é apresentada para profissionais e usuários do serviço que muitas vezes, não possuem o entendimento de que estão produzindo e utilizando um serviço que tem o ensino como finalidade.

Além disso, outros trabalhadores de Áreas não-relacionadas à saúde foram observados no contexto do trabalho na Unidade de emergência tais como: as recepcionistas e os vigilantes. Eles desenvolvem um importante papel, recebendo os usuários que buscam atendimento.

As recepcionistas estabelecem o primeiro contato com o usuário, preenchem as fichas dos pacientes, colhem várias informações deles ou do seus acompanhantes. Primeiro, seus dados pessoais, depois por meio de perguntas breves como: “consulta para quê?”, “o que aconteceu?”, “qual é o problema?”, elas obtêm as informações e estabelecem critérios, como por exemplo, se ele deve passar à frente dos outros ou se algum profissional da equipe médica, geralmente o doutorando, deve ser contatado para realizar a avaliação naquele momento.

Nos casos em que o paciente chega para fazer uma ficha, a gente faz a ficha, coloca na ordem, depois chama o médico e avisa o paciente que vai demorar, como sempre (E-Secretária).

Quando o paciente chega e o seu familiar diz que ele está mal, está tendo uma crise, a gente liga lá para dentro e pede para alguém vir avaliar (E-Secretária).

Nos casos trazidos pelos bombeiros, as recepcionistas são comunicadas pelo telefone e avisam à secretária, no interior da Unidade, que por sua vez, comunica às

equipes médica e de enfermagem, a fim de que estejam preparadas para realizar a recepção do paciente.

Quando são os bombeiros, com o resgate eles geralmente ligam para nós e avisam que estão chegando com um paciente acidentado, a gente liga lá para dentro e eles entram direto, só depois é que vai ser feita a ficha do paciente (E-Secretária).

Essa Unidade também recebe pacientes de outros Municípios da região, para os quais presta atendimento de referência em urgência e emergência. Nesses casos, é solicitado ao hospital de origem que realize o encaminhamento somente após o contato do médico responsável pelo primeiro atendimento com o médico plantonista na Unidade de emergência.

O contato telefônico proporciona uma avaliação prévia de risco, podendo desencadear dois desfechos, que serão a aceitação ou não do paciente na Unidade de emergência. O primeiro se trata, geralmente, de casos graves que são aceitos sem restrições. Já no segundo caso, o paciente poderá não ser recebido, por dois motivos: avaliação de risco leve, podendo o caso ser resolvido no hospital de origem, sob orientação telefônica do profissional especializado, ou classificação de risco moderado combinado à ausência de espaço físico na Unidade de emergência que permita um atendimento adequado a esse paciente.

A finalidade do trabalho dos vigilantes é a manter a ordem e zelar pelo patrimônio da Unidade. Entretanto, esse trabalhador atua em outras frentes, participando do atendimento às emergências juntamente com os demais membros da equipe. Na entrada de acesso ao interior da Unidade, dois vigilantes permanecem observando o trabalho e fornecendo informações aos pacientes, acompanhantes e amigos.

A gente não participa sempre, nossa função de vigilante é para cuidar o patrimônio da universidade. Mas geralmente a gente está envolvido, procurando ajudar as pessoas necessitadas (E-Vigilante).

A permanência na sala de espera, como observador constante possibilita ao vigilante acompanhar vários casos, desde sua chegada à Unidade, seu desfecho e resolução ou não. Esse acompanhamento proporciona que esses profissionais desenvolvam um entendimento próprio do que seja uma necessidade de urgência ou emergência. Assim, ao perceber que chega um caso grave ou que algum

problema relacionado à demora no atendimento está ocorrendo na sala de espera, eles adentram à Unidade e relatam o fato aos profissionais da equipe médica ou de enfermagem para que realizem o atendimento.

A gente ajuda os colegas a chamar os médicos, a gente vai ali dentro avisar a chefe de enfermagem, procura prestar socorro. Quando chega a emergência, as ambulâncias, a gente ajuda as enfermeiras, os enfermeiros e os médicos. Às vezes, eles pedem para nós, então fica um aqui e o outro pega umas luvas e vai lá (E-Vigilante).

A respeito da participação de trabalhadores de outras Áreas no trabalho da Unidade de emergência, Ludwig (2000) constatou que os profissionais da segurança desempenhavam a função de conversar com as pessoas que procuravam a unidade, perguntando sobre o motivo da procura. Dessa forma, a autora aponta que pode ser observado, na entrada das Unidades de emergência, um processo que se caracteriza como sendo um sistema de triagem em que trabalhadores que não são profissionais da saúde, e detentores de um conhecimento, provavelmente semelhante ao das pessoas que procuram atendimento, participam da decisão sobre o melhor encaminhamento de cada caso.

O vigilante também realiza o controle dos acompanhantes que se revezam no interior da sala de observação para adultos, durante o horário de visitas, quando é permitido que mais de um acompanhante permaneça com o paciente no interior da Unidade, por um período de 15 minutos. Ao finalizar o horário de visitas,

[...] o vigilante passa calmamente pela sala de observação para adultos e solicita aos familiares que estavam visitando os pacientes do salão que se retirem, uma vez que o horário de visita já havia se esgotado (O-Vigilante).

A paciente do serviço de emergência privada chega e os vigilantes ligam para saber onde colocá-la (O-Vigilante).

Assim, pode-se concluir que o trabalho coletivo nem sempre é um trabalho em equipe, como foi identificado no contexto estudado. Gaíva (2002) afirma que a produção de cuidados no hospital deveria ser centrada num trabalho coletivo, no qual as atividades poderiam ser desempenhadas de forma sincronizada entre os diferentes processos de trabalho de vários profissionais que compartilham o mesmo objeto de trabalho e que estão voltados para obterem, como produto final, a manutenção e/ou recuperação da saúde dos pacientes internados.

O trabalho organiza-se de forma coletiva, porém cada profissional realiza as suas atividades isoladamente. Embora seja um trabalho coletivo, não quer dizer que seja um trabalho em equipe. Gaíva (2002, p.112) constatou que “[...] o trabalho em equipe multiprofissional não é somente um agrupamento de profissionais de áreas distintas atuando coletivamente, há que se ter articulação entre os profissionais, conexões entre saberes e intervenções distintas [...]”.

A fragmentação do trabalho é responsável pela falta de continuidade das informações e das ações realizadas na Unidade de emergência. Assim, foi constatado que, muitas vezes, os profissionais obtêm informações sobre a evolução ou modificação na conduta clínica do caso com o próprio paciente ou acompanhante.

Aqui a gente consegue fazer um atendimento bom, no momento da emergência a equipe de enfermagem é bem unida, salvo os problemas com a Medicina, às vezes, a gente chama para atender uma emergência e o medico demora a chegar, ou não passa para enfermagem que está vindo paciente, se não fossem esses problemas poderia ser bem melhor o atendimento (E-Enfermeira).

Os profissionais destacaram a importância da interação entre a equipe de saúde que atua na Unidade de emergência. Também foi constatado que dificilmente o trabalho acontece de forma sincronizada, pois existem relações de poder que interferem e influenciam na qualidade das inter-relações.

Aqui na emergência, falta o médico interagir com a equipe multiprofissional, ele é separado assim, é distante, ele quer empurrar as coisas de cima para baixo, então falta a multidisciplinariedade na equipe, falta interação, eles ficam com aqueles endeusamentos (E-Técnico de Enfermagem).

Ao estudar a dinâmica das relações interpessoais na emergência de um hospital público, Barros *et al.* (2007) destacam que a noção de equipe na emergência é entendida, sobretudo, como grupo da mesma categoria profissional ou de profissionais de um mesmo setor. Segundo os autores do estudo, a maioria dos trabalhadores entende que não há trabalho em equipe, e os que consideram que tal trabalho existe confirmam que não ocorre com a equipe da emergência na sua totalidade.

Corroborar-se com a afirmação de Peduzzi (2001), no sentido de que o trabalho em equipe é configurado como a possibilidade de construção de um projeto assistencial comum ao conjunto de profissionais.

Assim, pode-se constatar que a integração da equipe que atua em unidades de emergência é tão fundamental quanto o conhecimento técnico, para que se mantenha a qualidade da assistência. Nessas unidades, o trabalho pode ser realizado por várias categorias profissionais, sem ser exclusivamente de nenhuma delas, indicando a existência de uma relação complementar e interdependente entre elas, no momento da produção.

Na tentativa de amenizar a fragmentação dos processos de trabalho e da rede assistencial, fortalecer a integração das equipes multidisciplinares e colocar o usuário no centro do processo terapêutico, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004) criou a política pública nacional de humanização da rede de atendimento à saúde que recebeu o nome de HumanizaSUS. Essa política buscou a melhoria das relações entre os profissionais e pacientes por meio do acolhimento, da valorização da comunicação entre os envolvidos nos serviços e a inclusão da família como co-participante do processo terapêutico.

O médico é a figura central do processo e seu trabalho é subdividido, dificultando ainda mais a relação com os demais trabalhadores que atuam na Unidade.

No trabalho de enfermagem, a enfermeira reproduz o controle exercido pelo médico com seus subordinados. Assim, se em alguns momentos, ela está subordinada ao trabalho médico, em outros controla e determina o trabalho de seus profissionais técnicos e auxiliares de enfermagem e ainda realiza trabalho de apoio administrativo.

A enfermeira também se destaca por ser a profissional articuladora das ações dos demais agentes do trabalho na Unidade de emergência, inclusive de médicos, residentes, doutorandos e acadêmicos de Medicina. Seu potencial de articulação permite realizar conexões entre as ações fragmentadas conduzindo as ações para a finalidade esperada.

Conforme referido anteriormente, a presença constante de profissionais em formação apresenta aspectos positivos e negativos ao trabalho realizado. O fato de essa Unidade concentrar grande variedade de procedimentos de alta complexidade coloca-a no rol das preferidas pelos acadêmicos que pretendem adquirir experiência. Muitas vezes, eles relatam não intencionar trabalhar na emergência, porém sentem a necessidade da experiência, por um período, na carreira profissional.

A opinião sobre a presença de profissionais em formação é variada entre os profissionais entrevistados; alguns pensam que é motivador, outros pensam ser dificultador para o trabalho, entretanto, é consenso entre eles a finalidade e a responsabilidade da Instituição com a formação.

Os trabalhadores dos serviços de apoio como vigilantes e recepcionistas desempenham um importante papel na recepção do usuário, desenvolvendo habilidades, muitas vezes, intuitivas para desempenharem o trabalho na emergência.

A Unidade de emergência estudada reproduz as características do modelo clínico de atenção à saúde, com uma presença extremamente marcante nos ambientes hospitalares. Portanto, a fragmentação do trabalho e a falta de continuidade na assistência prestada são limitações que podem ser atribuídas às condições de execução do processo de trabalho nesse modelo de atenção, tornando necessária a participação de diversos profissionais, cada um tratando de uma parcela do ato médico.

Assim, foi possível constatar, no processo de trabalho na Unidade de emergência, vários profissionais atuando de maneira individual sobre um mesmo caso, almejando a produção do cuidado e da cura. Esse resultado nem sempre é alcançado da maneira esperada, pois a fragmentação dificulta a produção do cuidado integral.

4.3 A Superlotação e o Atendimento aos Usuários em Situações de Urgência e Emergência

As urgências e emergências nos remetem às condições de atendimento que exigem medidas terapêuticas mediatas e imediatas, em que existe risco à vida. Nesse sentido, podemos classificá-las como procedimentos de alta complexidade, havendo a necessidade de desenvolvimento de aparatos tecnológicos que reabilitem pessoas, em menor tempo possível, e com menor grau de seqüelas (PINHO; KANTORSKI; ERDMANN, 2005).

De acordo com a organização do trabalho de o atendimento os casos de emergência têm acesso livre e são encaminhados até a respectiva sala de que se

localiza no interior da Unidade. Os casos de urgências e não-urgências são atendidos por residentes, doutorandos sob a supervisão do médico plantonista, de acordo com a ordem de chegada.

Por estar habilitada como referência regional para o atendimento às urgências e emergências, a Unidade recebe encaminhamento de pacientes de toda a macrorregião Centro-Oeste do Estado. A solicitação para atendimento a esses pacientes ocorre mediante o contato prévio médico/médico, o que é importante para que a equipe esteja preparada para realizar o atendimento de forma rápida, segura e organizada.

Na Unidade de emergência, o atendimento está organizado sem avaliação de risco. A realização do acolhimento pode aumentar a qualidade do atendimento, por meio da classificação do grau de urgência. Muitos profissionais fazem referência à necessidade da instalação de um sistema de acolhimento com avaliação de risco na Unidade de emergência, destacando a necessidade de profissionais preparados para realizar tal avaliação.

Deveria ter sido instalado o acolhimento, porque sem ele não funciona bem o atendimento, quando se vê, está um residente com um paciente na emergência parado ou quase parado aí tem que fazer tudo correndo, em razão do grande número de pacientes que são atendidos na Unidade, então tu ficas envolvido e chamam lá na recepção porque o paciente está quase parado lá, muitos chegam sem avisar também; deveria ter aquela comunicação, estou indo, estou chegando com um paciente (E-Técnica de Enfermagem).

A ausência de uma avaliação de risco na recepção dos usuários para determinar prioridades, ao primeiro contato com o serviço, pode dificultar o atendimento, pois, muitas vezes, pacientes portadores de problemas clínicos graves somente são atendidos após o agravamento do quadro e longas jornadas de espera.

O fato de enxergar o paciente que está mal e priorizar o atendimento dele é que está faltando aqui, essa falta do acolhimento dificulta o trabalho na Unidade de emergência (E-Técnico de Enfermagem).

Esse fato condiz com a realidade das demais Unidades de emergência do País (BRASIL, 2006), pois, habitualmente, as urgências “sangrantes” e ruidosas são priorizadas, mas, infelizmente, é comum que pacientes com quadros mais graves permaneçam horas aguardando pelo atendimento, mesmo já estando dentro de um

serviço de urgência. Como exemplo dessa situação, pode-se citar o caso de um idoso com doença pulmonar obstrutiva crônica em episódio de agudização ou, ainda, uma importante arritmia cardíaca associada à hipoxemia.

Entretanto, muitos pacientes com problemas não-urgentes são atendidos por manifestarem queixas que indicam problemas graves. Ao chegarem à Unidade de Emergência, esses pacientes, ou seus familiares relatam a presença de dor aguda. Esse fato leva a equipe da recepção a passar o paciente direto para uma avaliação com algum profissional da Área médica. A gravidade ou não do quadro somente será comprovada depois que o atendimento for realizado.

Eu acho que deveria existir uma triagem, pra ver se realmente está grave ou não, às vezes, eles chegam: “olha to sentindo uma dor forte, não estou me sentindo bem”, e não tem como saber; tem que haver uma avaliação médica ou de enfermagem (E-Vigilante).

Assim sendo, o acolhimento com classificação de risco pressupõe agilidade no atendimento, com base numa análise, sob a ótica de protocolo pré-estabelecido, do grau da necessidade de acesso do usuário ao serviço de saúde, proporcionando atenção centrada na complexidade e não na ordem de chegada. Trata-se de um processo dinâmico que visa a identificar os usuários que necessitam de tratamento imediato de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento (BRASIL, 2006) e, portanto, torna-se um importante instrumento para organização do trabalho para atendimento às urgências e emergências.

De acordo com Merhy (1997), a recepção pouco qualificada denota que a centralidade do atendimento não é a pessoa e suas necessidades e, sim, a diminuição da demanda. A recepção de um serviço de saúde é um ponto estratégico. Por ela passam todos os usuários que necessitam de cuidados urgentes ou não; por isso, deve ser pensada de forma que consiga dar respostas qualificadas ao usuário.

É na recepção que o usuário espera ter sua demanda acolhida, o que não significa solucionar todos os problemas que chegam ao serviço, mas a atenção dispensada na relação de atendimento que envolverá a escuta, a responsabilização e o respeito à pessoa que porta a necessidade. Para alcançar esse pressuposto, é necessário garantir o acolhimento, qualificando todas as portas de entrada para o reconhecimento da melhor forma de atendimento (MARQUES; LIMA, 2008).

Assim, como a Unidade de emergência ainda representa uma importante porta de entrada aos serviços de saúde, é necessário investir em profissionais capacitados para atuarem no acolhimento aos usuários que procuram esse setor. Esses profissionais poderão atuar, de maneira eficiente, no atendimento às urgências e emergências e na reordenação das não-urgências para outros serviços da rede de saúde.

Sendo assim, na organização do trabalho na unidade de emergência é sempre priorizado o atendimento às emergências que é realizado de maneira imediata:

A primeira coisa é avaliar o nível de consciência, depende da situação, se é um paciente da traumatologia, um acidente de carro, por exemplo, a primeira coisa é ver se está consciente, colocar oxigênio, se está com falta de ar, se estiver inconsciente é automático, se estiver consciente ver de que forma ele está falando, como ele está se expressando e já percebe se ele está com falta de ar ou não, aí é tentar pegar o acesso, aí o plantão avalia, faz um exame de RX, é automático, depende da situação (E-Enfermeira).

[...] quando chega uma emergência é muito rápido, cada um já sabe o que fazer, eu, por exemplo, conheço o olhar da enfermeira quando tem que fazer alguma coisa é tudo automático, tu verificas os sinais rápido, corta a roupa rápido, pega a veia rápido, outro já está vendo vias aéreas, estou há quatro anos com o mesmo grupo, a gente já sabe mais ou menos o que cada uma vai pedir (E-Técnica de Enfermagem).

Entretanto, a Unidade de emergência recebe procura constante de pacientes com necessidades urgentes ou não, que são atendidos pelo grupo de doutorandos e residentes que acompanham o médico plantonista. Após o atendimento, muitas vezes, eles necessitam permanecer na unidade por algum período de tempo para realizar medicação, exame ou até mesmo ficar em observação.

Primeiro o paciente consulta lá na frente, após consultar, ele é encaminhado aqui dentro para o salão [sala de observação para adultos], se vai internar, é preciso acomodá-lo na unidade, se vai fazer medicação, ele faz e vai embora (E-Enfermeira).

Os casos mais graves permanecem na Unidade de emergência até conseguirem leito no setor de internação do Hospital Universitário. Ao questionar se os profissionais sobre como acontece a assistência na Unidade, esses respondiam com outra pergunta:

Você quer dizer emergência ou internado? Porque tem tudo, é uma unidade de emergência, mas tem paciente internado (E-Técnica de Enfermagem).

O grande impasse está no atendimento aos pacientes que permanecem em observação. Esse tempo de permanência do paciente é apontado como uma dificuldade encontrada no trabalho pelos profissionais. Segundo eles, a Unidade que deveria ser transitória, onde o paciente permaneceria um período determinado, passa a funcionar como Unidade de internação, o que de certa forma descaracterizaria a finalidade do trabalho na emergência.

Esse fator é responsável por um tratamento inadequado, por falta de tempo e pessoal em quantidade adequada para o trabalho.

O tempo de permanência dos pacientes na unidade é uma dificuldade. O paciente acaba sendo tratado, totalmente aqui, sai direto daqui e vai com a alta pra casa. Já aconteceu do paciente internar, receber tratamento vários dias, ir a óbito, sem ser transferido para unidade e internação. Não deveria ser assim. Há pacientes que ficam 30 dias aqui e deveria ser no máximo 24 horas por que aqui é uma Unidade de emergência (E-Técnica de Enfermagem).

É necessário garantir o atendimento mínimo para esses pacientes que, na maioria das vezes, necessitam de cuidados médicos e de enfermagem de alta complexidade, são pacientes entubados em respiração mecânica, politraumatizados e portadores de doenças crônicas ou neoplasias em fase terminal.

O atendimento aos pacientes que estão em observação é realizado priorizando os cuidados de alta complexidade que eles requerem. Este fato é destacado pelas palavras de um profissional e relacionado à qualidade do atendimento oferecido no local.

É uma unidade bem agitada, e a qualidade depende da superlotação, quando está superlotado, a gente tem que fazer o básico, o necessário, a medicação, o exame a alimentação e, por último, um banho, o curativo e quando está calmo, a gente consegue fazer tudo, aí o atendimento é com qualidade. O número de funcionários é pouco, tinha que ser assim, aumenta o número de pacientes, aumenta o número de funcionários, se tem 30 se tem 60, são 4 técnicos e um enfermeiro, a gente atende dentro das possibilidades (E-Enfermeira).

O trabalho da equipe de enfermagem na unidade é dividido em dois momentos: o atendimento de urgência e emergência e a assistência aos pacientes em observação. Entretanto, a equipe revela dificuldade em assumir essas duas tarefas:

Quando chega a emergência, uma parte da equipe atende a emergência e outra parte da equipe fica atendendo o salão, exatamente porque os

pacientes internados requerem a medicação nos horários, tudo então é dividido pela equipe, uma parte fica na medicação e outra fica nos cuidados, quando chega uma emergência, quem está nos cuidados vai ajudar na emergência, claro que se precisar alguém da medicação, também vai, mas a princípio quem está nos cuidados atende à emergência (E-Técnica de Enfermagem).

A equipe de enfermagem, muitas vezes, tem que parar todo o serviço dos pacientes que estão aqui internados ou em observação para atender à emergência, e daí fica praticamente tudo descoberto, pois são muito poucos os profissionais e há também uma defasagem nessa parte de enfermagem. Ainda bem que as emergências não chegam juntas, porque se chegarem duas ao mesmo tempo, como já aconteceu, fica complicado, tem-se que dividir toda a equipe fica bem mais difícil o atendimento, falta espaço, porque só há uma sala de emergência e se chegam duas emergências é preciso atender às duas juntas na mesma sala, porém é uma sala pequena. Espero que isso se resolva agora quando for ativada a nova sala de emergência (E-Médico).

Os trabalhadores relacionam os problemas enfrentados no atendimento aos usuários na emergência com o elevado número de pacientes atendidos pela Unidade. Segundo eles, para que se garantisse um atendimento com qualidade, o número de profissionais deveria ser proporcional ao número de pacientes.

A respeito do atendimento em Unidades de emergência, Rosa (2001) refere que, além de usuários graves, também são atendidos aqueles que necessitam apenas de consulta médica, de algum procedimento de enfermagem ou médico, da realização de algum tipo de exame, de medicações, dentre outros, ocasionando uma sobrecarga de ações, justificando então a necessidade de profissionais em quantidade proporcional ao número de pacientes atendidos.

De acordo com estudo já realizado em uma Unidade de emergência constatou-se que 74% dos atendimentos são caracterizados como não-urgência ou não-emergência (FURTADO; ARAÚJO JUNIOR; CAVALCANTI, 2004). Esses autores dizem ainda que, muitas vezes, as Unidades de emergência são utilizadas como válvula de escape dos serviços de saúde, prejudicando o atendimento dos casos considerados adequados, uma vez que o excesso de demanda acarreta acúmulo de tarefas e conseqüente sobrecarga para toda equipe de profissionais, contribuindo, também, para o aumento dos custos hospitalares.

Para os profissionais que atuam na Unidade de emergência, a constante superlotação é a principal dificuldade encontrada, pois interfere na realização do trabalho e impede que este seja realizado com a qualidade esperada.

A superlotação é o problema, são poucos funcionários para atender tanta gente, tem que ter amor à camiseta para trabalhar aqui (E-Médico).

Com a superlotação tudo fica mais difícil, o atendimento fica demorado, os pacientes ficam aguardando horas na recepção, não há sala para atender porque chegam emergências e ficam ocupando a sala de emergência, e há que aguardar até aquele paciente ser atendido para chamar outro. Enquanto isso, o atendimento da clínica e o atendimento da cirurgia vão se revezando em uma sala, chega um paciente acidentado, precisa da sala, chega um paciente que se cortou precisa de uma sutura, precisa da sala e aí os pacientes que estão aqui aguardando têm que esperar, a não ser que o paciente esteja passando mal, aí eles colocam o paciente lá para dentro, mas se não é urgência ou emergência vai ficar esperando (E-Secretária).

Existem manhãs em que se consegue verificar os sinais quase ao meio-dia, e ainda não de todos porque há trinta e tantos pacientes e chega uma emergência atrás da outra, às vezes, em um mesmo acidente há quatro, cinco envolvidos, tu imaginas o tempo que se perde ali pra atender aqueles pacientes, é isso que é ruim, não poderia ficar toda essa quantidade de pacientes internados aqui, sendo uma Unidade de emergência. Assim como hoje não chega nada podem chegar cinco, seis; esses dias chegaram trinta e poucos pacientes que foram vítimas de um acidente de ônibus. A gente não consegue organizar o material, porque envolve toda equipe, as gurias que precisam limpar material as coisas que tu precisas para puncionar para fazer tudo e não consegue no meio do tumulto. Ao mesmo tempo, os médicos querem fazer procedimento nesses que estão internados, fazer punção, fazer drenagem de tórax; além de faltar material, falta gente para ajudar (E-Técnica de Enfermagem).

De acordo com os profissionais, a superlotação acontece, entre outras coisas, pela concentração de recursos, humanos e tecnológicos, que a Unidade de emergência oferece como, por exemplo, consulta médica, exames, medicação.

É um Hospital-Escola, então, às vezes, se consegue uma tomografia imediatamente, fazer os exames complementares. O que o diferencia de outros hospitais, porque eu já trabalhei em hospitais privados e para conseguir uma tomografia, para conseguir um RX, primeiro passa por uma burocracia para saber se o paciente tem convênio, se pode pagar por aquilo, senão não fazem, aqui o serviço é público e possibilita realizar exames complementares, cirurgia, enfim todo tratamento gratuitamente (E-Enfermeira).

Eles sabem que o médico vai mandar fazer exames de laboratório, que vão investigar, tem um monte de aluno aqui. Aí eles falam para o médico e ele autoriza. Então eles sabem que vão fazer um checkape, então vêm pra cá, e na verdade eles fazem mesmo, RX e exames laboratoriais. Quase todo mundo que recebe atendimento faz (E-Técnica de Enfermagem).

Os médicos não mandam embora sem dar uma medicação, se o paciente está com dor de cabeça, tem que fazer uma dipirona, faz um omeprazol, faz um buscopam, eles não mandam a pessoa com a receita comprar o remédio na farmácia (E-Técnica de Enfermagem).

De acordo com a realidade da maior parte das emergências hospitalares do País, a Unidade estudada também é marcada pelo grande número de pacientes, com necessidades não-urgentes, que procuram atendimento. A constante

superlotação acaba por destacar a Unidade diante das demais do Hospital Universitário. O fato de representar uma das portas de entrada às necessidades de atendimento de urgência e emergência da população expõe a Unidade como principal opção para acolher também os problemas não-resolvidos pela atenção básica.

O estudo de Marques e Lima (2008) constatou que é freqüente a população usuária utilizar a porta da urgência, não só para casos agudos, mas também, de forma eletiva, para complementar os atendimentos das Unidades básicas de saúde e das Unidades especializadas.

O atual modelo de atenção à saúde não tem causado impacto diante das necessidades da população. A organização da rede assistencial baseada na hierarquização e regionalização precisa repensar seus princípios, por mais que eles pareçam justos e adequados. É necessário pensar o serviço sob o ponto de vista do usuário, tentando aproximar-se da realidade por ele vivenciada quando busca resolver o seu problema de saúde (LUDWIG, 2000; MAGNAGO, 2002; MARQUES, 2004).

O grande número de pacientes que procura a Unidade enfrenta ainda longas esperas para conseguir o atendimento:

O atendimento aqui na frente é demorado porque há muita gente e poucos profissionais para atender, é um médico e três doutorandos, deveria ter mais, eles são bem atendidos, mas a demora aqui na frente é o pior, às vezes, o pessoal passa todo dia aqui, dependendo da emergência, as próprias salas, aqui na recepção existem duas salas para triagem, aquelas salas são para atendimento, e, às vezes, o paciente é colocado em observação nessas salas e não há onde atender, então o pessoal fica, as vezes, 12 horas aqui, eu vou para casa e ainda tem gente aqui, então eu acho que essa parte tem que melhorar porque depois que tu estás ali dentro é bem mais rápido tudo, às vezes, até pra fazer uma cirurgia, estão bem medicados ali por mais que demore um pouco o serviço, o médico passa ali dentro para olhar, ver a medicação, eu acho que a parte daqui da frente é que teria que melhorar (E-Vigilante).

Após serem acolhidos pela Unidade de emergência, os usuários muitas vezes, são atendidos sem as condições necessárias para as práticas do cuidado. Permanecem longos períodos em macas ou cadeiras de rodas, até serem transferidos para um leito na sala de observação para adultos. Ao conseguir o leito na Unidade emergência, inicia a trajetória em busca de um leito na Unidade de internação, o que pode demorar vários turnos ou dias. Assim, o paciente permanece

na sala de observação para adultos por longos períodos, junto à equipe que ali atua e aos demais pacientes que também aguardam alguma conduta.

Nesses locais, o atendimento às necessidades consideradas básicas do ser humano como sono, repouso, alimentação e higiene corporal ficam comprometidas pela excessiva demanda de atendimento, com a privacidade dos usuários sendo constantemente violada, pela proximidade dos leitos e as abordagens feitas e presenciadas por todos que ali se encontram. Dessa forma, freqüentemente, usuários são questionados aos olhos de todos aqueles que dividem o espaço (ROSA, 2001). Essas são situações que demonstram as limitações do ambiente na unidade de emergência que, associadas à longa permanência, submetem os usuários a constrangimentos físicos e morais.

Por outro lado, o trabalhador de saúde também é atingido pelo desgaste diário do trabalho em uma unidade superlotada e com sobrecarga de ações. O estudo de Rosa (2001) constatou que os profissionais que atuam em Unidades de emergência enfrentam conflitos éticos e morais diariamente, porque um ambiente superlotado, com recursos humanos, tecnológicos e de estrutura física limitados, não oferece condições de acomodar os usuários com segurança, assim como pode favorecer a ocorrência de erros relacionados à execução de procedimentos.

A ausência de equipamentos, materiais e até mesmo área física, é apontada pelos profissionais que atuam na unidade como uma dificuldade para a realização do trabalho, pois é resultante do grande número de usuários que buscam a Unidade.

Geralmente falta material e a gente fica no improviso. Falta material. O oxímetro às vezes está quebrado (E-Técnica de Enfermagem).

Algumas vezes, é difícil conseguir uma maca ou uma cadeira, quando chega paciente aqui. A equipe enfrenta muitos problemas, muitos! Falta maca, falta cadeira (E-Vigilante).

Às vezes, faltam luvas e máscara para o isolamento (E-Técnica de Enfermagem).

A falta de equipamentos e materiais para a realização do trabalho, embora não seja constante na Unidade de emergência, parece dificultar não só o atendimento como também as relações entre trabalhador e usuário. Assim, o usuário demonstra insatisfação com o atendimento, pois permanece em longas

esperas para receber o atendimento, é acomodado em uma maca ou cadeira de rodas e muitas vezes há demora em iniciar o tratamento.

Alguns profissionais destacam a falta de profissionais como mais uma dificuldade encontrada na realização do trabalho na Unidade. De acordo com o relato de um vigilante, a falta de profissionais é bastante evidente na equipe de enfermagem que, segundo ele, trabalha com sobrecarga.

Faltam outros colegas para poder ajudar eles, olha o serviço de enfermagem é muito, muito difícil mesmo, porque eles têm que correr para tudo, correr pra dar banho, pra levar paciente para fazer medicação, ver se foi administrada a medicação, é toda hora assim, eles passam de manhã com a prancheta vendo, verificando pressão, há as medicações que devem ser feitas, a Enfermagem eu acho que não é fácil, acho que tem que gostar é mais pesado até que a Medicina. Eu admiro, aquele pessoal que trabalha nessa Área, admiro pela força de vontade, e estão ali sempre correndo nas brasas e sempre ajudando, olha, é uma luta árdua, mas eu não sei se eu faria sabe, porque como se diz cada um tem um dom, e eu acho complicado, enfermagem tem muita coisa, eu me orgulho, o pessoal aí dentro trabalha muito, eu vejo também que, no final do plantão, eles saem daqui bem cansados (E-Vigilante).

Essas dificuldades são identificadas na maioria das Unidades de atendimento às urgências e emergências do País, visivelmente expressas por meio da estrutura física e tecnológica inadequada, insuficiência de equipamentos, recursos humanos limitados e com capacitação insuficiente para trabalhar em emergências, baixa cobertura do atendimento pré-hospitalar móvel, número insuficiente de Unidades de pronto atendimento e insuficiente retaguarda para transferência de doentes (BRASIL, 2006), além da grande procura de pacientes com necessidades não-urgentes.

Os profissionais que atuam na Unidade relataram que esta já funcionou com infra-estrutura inferior, quando estava instalada em uma antiga área do Hospital geral. A construção da nova área física da Unidade, sem dúvida teve reflexos favoráveis à execução do trabalho. Entretanto, a situação de superlotação, falta de equipamentos, materiais e profissionais continua a preocupar os profissionais, pois segundo eles, a procura dos usuários por atendimento nessa Unidade, aumentou após a construção da nova área física.

A estrutura mudou, na emergência antiga era bem pior, era tudo mais aberto, tinha paciente no corredor, só que agora o movimento dobrou, o espaço físico pode aumentar, mais não adianta aumenta a demanda dos outros hospitais aqui da região, se todos os hospitais, vêm todos para cá, vêm desde Uruguaiana, São Borja, vêm todos para cá (E-Vigilante).

Desde que eu comecei a trabalhar melhorou bastante. Antes o paciente ficava, às vezes, uns dois, três dias na cadeira aí, e agora pelo menos isso aí eles procuram não deixar assim, porque é difícil para o doente que está com dor, permanecer em uma cadeira, mas eles conseguem, apertam daqui, apertam dali, mas conseguem acomodar os pacientes (E-Auxiliar de Serviços Gerais).

Mesmo assim, foi possível constatar que as condições de infra-estrutura para prestar o atendimento são inadequadas:

Eles enfrentam muita coisa, falta muita coisa para o atendimento de um paciente, eu acho que eles têm dificuldade com a própria maca, às vezes, não há uma maca para eles colocarem um paciente, quando chega de fora acidentado e eles não têm onde colocar; é necessário retirar um paciente que está em um leito para colocar o paciente que chegou, é uma dificuldade para eles isso aí eles têm que fazer ou têm que tirar um paciente de um leito para colocar um mais grave e aí eles não têm no que colocar esse paciente é muito difícil, desacomodar uma pessoa que está doente para colocar outra que está pior; às vezes, as pessoas entendem, mas ninguém gosta de sair do leito para ficar em uma cadeira, até eles conseguirem uma maca para colocar, não é fácil e, às vezes, as pessoas ficam revoltadas, mas eles não fazem mais, porque é impossível, porque não dá, eles não têm, às vezes, as Unidades emprestam maca, mas, às vezes, as próprias Unidades não têm para emprestar (E-Auxiliar de Serviços Gerais).

Os princípios éticos são feridos, quando profissionais de saúde se submetem a situações desfavoráveis de trabalho na Unidade de emergência, sem condições de oferecer aos usuários um suporte adequado, por falta de recursos materiais, humanos e de qualificação profissional; mesmo assim, prestam o atendimento sem que a população saiba da verdadeira realidade do funcionamento do serviço, colocando, às vezes, em risco a vida do paciente e, em algumas circunstâncias, impedindo a busca de um melhor tratamento em outro local (POLL, 2007).

Essa autora ainda reforça que, geralmente, os locais de referência ao atendimento a situações de urgência e emergência como os traumas em geral, estão estruturalmente desorganizados e despreparados para atender ao que se propõem e, sobretudo, sem profissionais capacitados para atuarem no recebimento dessa população.

De acordo com Deslandes (2002), tanto o trabalhador quanto o usuário são vítimas desse processo, pois, além da tensão sempre presente nos locais onde é realizado o atendimento de urgência e emergência, a superlotação resulta no estresse e desgaste dos trabalhadores de saúde, no desconforto e insatisfação dos

usuários, pois estes acabam sendo atendidos, após longas esperas, de forma impessoal e rápida.

No atendimento, muitas vezes, pacientes em situações não-urgentes procuram a unidade de emergência por ser, teoricamente, mais disponível. Muitos pacientes não têm outros recursos para recorrer, e a Instituição não dispõe de um pronto atendimento para estas demandas, assim, por não existir uma adequada interação com o sistema ambulatorial, a ponto de garantir que esse paciente seja atendido por um profissional nos dias seguintes, a Unidade de emergência realiza o atendimento.

Diante de tais circunstâncias, pode-se constatar que a instalação do acolhimento com avaliação de risco, realizado por profissionais capacitados, aparece como um importante instrumento para melhorar a qualidade do atendimento na Unidade de emergência, mas se implantado de forma isolada resolverá, em parte, o problema da superlotação. Simplesmente barrar o usuário, sem a contrapartida de onde ele possa ser acolhido, só vai penalizar quem necessita do atendimento.

É fundamental estabelecer melhor organização do atendimento, definição de responsabilidades e grades de referência e contra-referência efetivamente pactuadas, de modo que a regulação possa exercer o papel ordenador e corrigir as distorções ainda existentes nas portas de entrada do sistema.

4.4 A Finalidade do Trabalho na Unidade de Emergência: desencontro entre as expectativas dos trabalhadores e as necessidades dos usuários

No processo de trabalho na Unidade de emergência, pode-se evidenciar um desencontro entre as necessidades de saúde que levam os usuários a procurar a Unidade e a finalidade do trabalho nesse local, destacado pelos profissionais. O grupo de profissionais, que atua na Unidade, revela insatisfação com a procura excessiva de pacientes cujas necessidades não podem ser classificadas como emergências, conforme se observa na afirmação a seguir:

Este hospital é de média e alta complexidade. Aqui deveriam ser atendidas somente as emergências, não consultinhas. Tem gente que vem aqui para

saber se está grávida, fazer exame de gravidez, ou para fazer nebulização. Pensa que é posto de saúde (E-Técnica de Enfermagem).

De acordo com a concepção biomédica mantida pelos profissionais que atuam na Unidade de emergência, esta deve priorizar o atendimento aos pacientes com problemas graves e agudos, com potencial risco à vida. Segundo eles, no processo de trabalho, as emergências são priorizadas em relação ao atendimento aos pacientes que se encontram em observação e estabilizados.

[...] priorizamos os pacientes que chegam à emergência porque não é uma unidade de internação (E-Técnica de Enfermagem).

Assim, de acordo com os profissionais, a Unidade de emergência deve ser um local transitório para o paciente, que realiza o primeiro atendimento e tão logo o quadro clínico esteja estabilizado, encaminha para uma Unidade de internação, centro cirúrgico ou outra especializada.

Esse desencontro também foi constatado no estudo de Marques e Lima (2008) no qual os trabalhadores de um pronto atendimento destacaram que a utilização indevida, nos casos eletivos, descaracterizava a missão de atendimento de urgência, o que colocava o usuário em uma situação de ter que justificar a sua necessidade para ser atendido.

Esse sentimento de desperdício da vocação do serviço, que seria a de tratar somente a urgência e de subutilização do alto e específico preparo técnico dos trabalhadores também fez parte do discurso de trabalhadores de outros serviços de emergência, quando disseram que as demandas não-urgentes traziam sobrecarga ao trabalho já estressante (MARQUES; LIMA, 2008).

Essas autoras ainda dizem que a organização de uma porta de entrada para acolher o usuário faria dessa “distorção” uma agenda de discussão, levando em conta que existe uma demanda reprimida que bate à porta dos serviços de pronto atendimento e que precisa de respostas às suas necessidades. Em vez disso, penaliza-se a vítima pelo uso indevido do recurso de saúde, fazendo-a peregrinar.

Na verdade, os conceitos ou definições de emergência, por mais amplos e diversificados que sejam, implicam sempre uma situação crítica que pode ser definida, de modo abrangente, como aquela em que alterações anormais, no organismo humano, resultam em drástico transtorno da saúde ou em súbita ameaça à vida, exigindo medidas terapêuticas imediatas.

A concepção mantida pelos profissionais é reforçada por várias definições, como por exemplo, a do Conselho Federal de Medicina em cuja Resolução n. 1.451, de 10 de março de 1995, (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1995)² está definida “[...] emergência como a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente à vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato”.

Essas definições são apresentadas pela maioria dos profissionais que atuam na Unidade de emergência. Na concepção deles, é necessário realizar divulgação a respeito da finalidade do trabalho na unidade, nos meios de comunicação, conferindo ao usuário as orientações necessárias para que procure o serviço certo na hora certa.

Falta divulgação na televisão, rádio e jornais de que aqui é uma Unidade de emergência e não para atender à dor de cabeça, à dor de barriga, criancinha de colo com cólica há três dias; vem tudo pra cá, essas consultinhas de posto de saúde (E-Técnica de Enfermagem).

O Sistema Único de Saúde instituiu políticas públicas que qualificaram as ações de saúde se comparadas às realizadas há 20 ou 30 anos, mas ainda enfrenta fragmentação dos processos de trabalho e das relações entre profissionais, rede de serviços, além de burocratização e verticalização do sistema (OLIVEIRA; COLLET; VIEIRA, 2006).

De acordo com Marques e Lima (2007) ainda existe um baixo investimento na qualificação de trabalhadores no que diz respeito ao entendimento das diretrizes do sistema e no planejamento de ações que respondam às necessidades de saúde do usuário, tornando-o o centro da assistência, que será de responsabilidade de todos e do sistema de atenção à saúde.

Entretanto, na prática, nem sempre a procura dessas unidades segue a definição do conceito de finalidade. As Unidades de emergência ainda são vistas pelos usuários como uma das formas de entrada no sistema de atenção à saúde, porque apesar das filas e da demora no atendimento, por muitas vezes, estas solucionam as necessidades do momento, por meio de consultas, exames e dispensação de medicamentos e em casos graves ou agudos, quando eles buscam obter internações.

² Documento eletrônico não paginado.

O estudo de Marques e Lima (2007) evidenciou que o usuário procura o serviço de pronto atendimento com a finalidade de solucionar suas necessidades, sejam elas urgentes ou não, algumas vezes, expressas por meio de queixa inespecífica, que é a forma pela qual as portas do atendimento se abrirão para eles.

Esses aspectos demonstram que ocorre desencontro entre as concepções de usuários, profissionais de saúde e gestores, a respeito da organização do Sistema Público de Saúde brasileiro.

As diferentes concepções a respeito da finalidade do trabalho na emergência também são responsáveis por desencadear relações conflituosas entre os profissionais da equipe de saúde e usuários. O profissional reconhece a dificuldade do usuário em sua trajetória terapêutica, como também percebe o sofrimento desse sujeito ao chegar a um serviço de saúde e não receber o atendimento.

É difícil, porque quando o paciente chega aqui e tu tens que perguntar o que ele tem, e precisa dizer para ele procurar o posto, pois aqui está superlotado e só é atendido em caso de emergência, mas para ele a sua doença também é uma emergência, e ele não recebe muito bem isso, e a gente sabe que para o paciente é difícil (E-Secretária).

Entretanto, as diferentes concepções de profissionais e usuários a respeito da finalidade do trabalho realizado pela Unidade de emergência, associada à organização atual do atendimento, que tenta equilibrar a desproporcionalidade entre o número de profissionais e de pacientes atendidos, atendimento sem acolhimento com avaliação de risco e deficiente área física, justifica a resistência em realizar o trabalho, por parte de alguns profissionais da Unidade.

A observação apresentada a seguir revela clara resistência dos profissionais técnicos de enfermagem em assumir algumas atividades inerentes ao seu trabalho.

O fisioterapeuta diz, dirigindo-se à técnica de enfermagem: “A paciente Rosa queria ir ao banheiro! Eu a levei até lá, porém, agora ela precisa de ajuda”. E ela responde: “Já vou!”. Porém, o fisioterapeuta percebe que a técnica de enfermagem não vai ao encontro da paciente. Após algum tempo de espera, o fisioterapeuta solicita novamente que a técnica de enfermagem acompanhe a paciente que ainda se encontrava no banheiro. Então ele percebe que a técnica de enfermagem continua escorada no posto de enfermagem sem intenção de ajudar a paciente. Ele acaba o que está fazendo e vai até o banheiro e fala: “Eu vou ficar aqui fora, tá! Se você passar mal me chama!”. Algum tempo depois, ele auxilia a paciente a retornar ao leito (E-Fisioterapeuta).

Esta situação pode ser entendida como uma naturalização de ações violentas representadas por meio de maus-tratos com o usuário no ambiente de trabalho. Assim, alguns profissionais justificam o não fazer e a demora para realizar o cuidado apoiados no discurso da superlotação, no número de profissionais insuficientes, na grande solicitação por parte dos pacientes e familiares, e, até mesmo, na finalidade do trabalho na Unidade de emergência, ou seja, se não for emergência não pode ser atendido, se necessita de permanecer no hospital que seja encaminhado para as Unidades de internação.

Também foi identificada oposição entre as decisões dos profissionais médicos, especialmente residentes e doutorandos e a equipe de técnicos e auxiliares de enfermagem.

“Precisam parar com essas dipironas toda hora, isso aqui é uma Unidade de emergência regional”, comentam duas colegas enquanto preparam a medicação e uma delas reforça que, na noite anterior, não administrou nenhuma das medicações para pacientes externos, prescritas pelo residente, quando os doutorandos reclamavam, ela dizia: “a minha prioridade é a emergência e os pacientes que estão aqui internados, se tu acha tão importante essa medicação pode ir lá e fazer” (O-Técnica de Enfermagem).

O discurso da urgência e emergência de certa forma protege os profissionais, pois responsabiliza sempre o usuário pelo uso indevido do sistema de atenção à saúde, desonera o papel da regulação das urgências no que lhe compete sobre a compreensão de necessidades e alocação das melhores alternativas para o acolhimento e tratamento dos usuários.

Dessa forma, os profissionais da saúde se tornam produtores de ações violentas reproduzidas por meio de maus-tratos com os usuários atendidos. Por meio da negligência ou pela adoção de comportamentos viris o usuário é acometido pela violência.

A hostilidade que o indivíduo encontra nesse ambiente pode ser entendida como o acirramento de manifestações relacionadas tanto à evolução da cultura hospitalar clássica de isolamento, à atitude impessoal apoiada no tecnicismo ou cientificismo médico positivista, a mecanismos de defesa dada as condições ultrajantes de trabalho, assim como a reação às condições de miserabilidade e violência social (DESLANDES, 2002).

Os serviços de saúde têm na violência um desafio singular como fenômeno social que perpassa, com sua complexidade, os limites dados pela lógica de controle

de enfermidades. Além disso, nos serviços de emergência a violência mistura-se ao próprio processo de trabalho e às distintas interações entre profissionais e usuários (DESLANDES, 2002).

Leal (2003) pontua que as relações entre profissionais de saúde e os usuários são permeadas por disciplina e poder, e a fragmentação do processo de trabalho também contribui para a despersonalização do paciente. Acredita-se, ainda, que essa despersonalização também acomete os trabalhadores da equipe de saúde, que se colocam como atuantes da violência, embora seu compromisso ético esteja voltado à saúde e à vida.

Assim, é imprescindível que tanto produtores, quanto consumidores tenham clareza a respeito da finalidade do trabalho executado (CAMPOS, 1997). Qualquer desencontro entre eles acarretará embates e conflitos que terão como produto final um trabalho impessoal e fragmentado.

Urge definir e sustentar a recomendação explicitada na Portaria 2048/02 de que o sistema de urgência deve estar estruturado a partir da leitura das necessidades sociais em saúde e sob o imperativo das necessidades humanas nas urgências (BRASIL, 2006).

Assim sendo, é necessária a interpretação sobre a percepção do usuário sobre o atendimento. E muito mais que resistir à demanda é preciso discutir acerca da finalidade das Unidades de emergência hospitalar, para que os agentes entendam a finalidade do seu trabalho. Esse entendimento poderá proporcionar a melhora da qualidade do atendimento e, com isso, aumentar a satisfação de profissionais e usuários.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A trajetória percorrida nesta investigação permitiu analisar o processo de trabalho da equipe de saúde de uma Unidade hospitalar de atendimento às urgências e emergências, de modo a apreender a configuração das práticas, dos saberes e tecnologias que são operados pelos agentes para manipularem o objeto de trabalho, bem como a finalidade do trabalho produzido nesse local.

A utilização da observação como técnica para coleta de dados permitiu acompanhar e registrar os movimentos, as ações dos trabalhadores, os diálogos mantidos e suas relações recíprocas, assim como as relações que os agentes mantêm com o objeto de trabalho. A observação também foi utilizada com estratégia de inserção no campo a ser estudado para escolha dos sujeitos que seriam os informantes para a entrevista semi-estruturada.

Os dados da entrevista semi-estruturada foram utilizados para completar o material obtido por meio da observação, com o intuito de evidenciar a concepção dos agentes quanto ao trabalho que realizam.

A escolha da sala de emergência para adultos como campo de coleta de dados se deve ao fato de ser ela o local para onde convergem as atividades para produção de cuidados, além de ser um local compartilhado por todos os profissionais. O trabalho nesse local expressa uma vigilância constante dos pacientes permitindo que o seu comportamento seja observado e registrado, a fim de que seja estabelecido um diagnóstico.

A finalidade que orienta o trabalho dos diferentes profissionais é a produção de cuidados aos usuários em situações críticas de vida para obter, como produto final o diagnóstico e o tratamento dos agravos à saúde.

Pode-se dizer que a finalidade do trabalho na Unidade de emergência se estende à formação dos profissionais da Área da Saúde, cuja presença é constante, sendo observado que em alguns momentos do dia, em especial no turno da manhã, o espaço da Unidade é ocupado por um número maior de acadêmicos dos vários cursos da Área da Saúde e seus respectivos professores, além dos doutorandos e residentes. A Unidade de emergência caracteriza-se no Hospital Geral como campo de prática acadêmica para os graduandos dos cursos de Medicina, Enfermagem, Fisioterapia entre outros.

Nesse contexto, o grupo de profissionais em formação aparece como um importante instrumento para a realização do trabalho na Unidade de emergência. Eles atuam em todas as frentes, e o seu trabalho assume as características do que é exercido pelos profissionais da Unidade no que diz respeito à divisão de saberes e poderes. Assim, os residentes e doutorandos apropriam-se mais do trabalho intelectual, enquanto, os profissionais em formação de outras Áreas desenvolvem suas atividades a partir das decisões da equipe médica.

O trabalho realizado na Unidade é um trabalho coletivo, orientado para o atendimento do corpo biológico individual. As atividades dos agentes se estruturam em torno de uma mesma finalidade que conduz o processo de trabalho, de modo que ações de cada trabalhador se tornem necessárias para compor o atendimento.

O processo de trabalho é composto por vários agentes: médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, fisioterapeutas, nutricionistas, assistentes sociais, entre outros. Entretanto, as ações são realizadas de maneira fragmentada e compartimentalizada. Essa fragmentação é visualizada na Unidade de emergência por meio da divisão técnica e social do trabalho dos agentes.

O ato médico é concebido, programado e modificado pelo profissional responsável, o qual, concentrando o saber intelectual, exerce controle relativo sobre o processo de trabalho na Unidade de emergência. Os demais trabalhos se articulam e são realizadas como atividades complementares e interdependentes em torno do ato médico.

A enfermagem é parte integrante da equipe de saúde que atua na Unidade de emergência e depende também, como os demais profissionais, das decisões médicas. A enfermeira tem autonomia no que diz respeito ao seu trabalho, realiza ações de cuidado direto ao paciente, gerenciamento de pessoal de enfermagem, definição de atendimentos de urgência, indicação de recursos materiais a serem utilizados em relação a esse ou aquele procedimento.

A enfermeira participa do trabalho coletivo, no cotidiano do atendimento, às urgências e emergências. Ela realiza a articulação entre a equipe de enfermagem e os demais profissionais e serviços, sendo é responsável pelas conexões entre os diferentes saberes presentes no trabalho coletivo e auxiliando no direcionamento do tratamento da terapêutica clínica.

A análise do processo de trabalho da equipe de saúde de uma Unidade hospitalar possibilitou a descrição do atendimento aos usuários em situação de

urgências e emergências, bem como o entendimento da organização dos serviços de atendimento presentes no sistema de atenção à saúde.

Na Unidade estudada, o atendimento ao usuário em situação de urgência e emergência exige da equipe de saúde o desenvolvimento de suas potencialidades para garantir a manutenção da vida. A atuação da equipe requer uma postura equilibrada e integrada, baseada na tomada de decisões rápidas e seguras que visem a garantir o restabelecimento da vida humana.

A recepção está organizada sem avaliação de risco, o que acarreta vários problemas para o processo de produção de cuidados. Assim, ao atender todos que procuram a Unidade, freqüentemente os profissionais vivenciam o conflito de, por um lado, assistir um número excessivo de usuários com problemas que poderiam ser atendidos em outras Unidades de saúde e por outro, desqualificar o atendimento de excelência que a emergência requer dos profissionais.

Nesse sentido, no processo de trabalho na Unidade de emergência, foi evidenciado um desencontro entre as necessidades de saúde que levam os usuários a procurá-la e a finalidade do trabalho, destacada pelos profissionais.

Em vista disso, o grupo de profissionais que atua na Unidade revelou insatisfação com a procura excessiva de pacientes cujas necessidades não podem ser classificadas como urgência ou emergência. Segundo eles, essa procura se deve à concentração de recursos, humanos e tecnológicos, presentes na unidade de emergência como, por exemplo, consulta médica, exames, medicação. Em consequência do elevado número de pacientes atendidos, os profissionais se submetem a situações desfavoráveis de trabalho na Unidade de emergência, sem condições de oferecer aos usuários um suporte adequado, por falta de recursos materiais, humanos e de qualificação profissional.

Os profissionais têm uma concepção de doença baseada no enfoque biomédico, entendendo o corpo humano como um conjunto de partes que precisam ser cuidadas individualmente. A fragmentação do cuidado ocorre quando não são incorporadas as dimensões sociais e subjetivas dos indivíduos no processo saúde/doença.

Por outro lado, a população não reconhece a organização da rede assistencial à saúde baseada na hierarquização e regionalização. Assim, utiliza os serviços de saúde de acordo com as necessidades do momento, procurando atendimento onde tiverem seus problemas resolvidos.

Nesse sentido, as Unidades de emergências hospitalares, por concentrarem grande número de profissionais, apoio diagnóstico, cirúrgico, estarem inseridas em um hospital e oferecerem atendimento durante 24 horas do dia, aparecem como opção segura e resolutiva ao olhar do usuário, que, mesmo enfrentando longas esperas, acredita que ali terá seu problema resolvido.

A organização do atendimento às urgências e emergências avançou nos últimos anos; entretanto, ainda há um longo caminho a percorrer. São muitas as lacunas presentes na Política de Atenção às Urgências que devem fluir em todos os níveis do sistema da atenção à saúde, organizando o atendimento, desde as Unidades básicas e equipes de saúde da família, até o cuidado pré-hospitalar, hospitalar e pós-hospitalar de recuperação e reabilitação.

Assim, a grande procura ao atendimento na emergência ainda é responsável por ocasionar superlotação e dificuldades no atendimento realizado. É necessário reorganizar e o processo de trabalho dessa importante porta de entrada aos serviços de saúde, que é a Unidade de emergência. Portanto, é necessário investir em profissionais capacitados para atuarem no acolhimento aos usuários que procuram à Unidade. Esses profissionais poderão atuar de maneira eficiente no atendimento às urgências e emergências e na reordenação das não-urgências para outros serviços da rede de saúde.

Para tanto, faz-se necessária a organização das Unidades de atendimento hospitalar às urgências e emergências baseada nas necessidades de saúde dos usuários e a reestruturação de todos os serviços de saúde para o recebimento e encaminhamento das urgências, o que implicará a discussão da organização do atual sistema de atenção à saúde.

Acredita-se que este estudo ampliou essa discussão, assim como indicou intervenções pontuais e específicas no processo de trabalho da equipe de saúde que atua em uma Unidade hospitalar de atendimento às urgências e emergências, revelando com isso, a necessidade da estruturação do trabalho baseado nas expectativas e necessidades dos usuários, importantes agentes potencializadores das relações, durante o processo de produção do cuidado.

REFERÊNCIAS

BARROS, M. E. B. *et al.* A experiência do programa de formação em saúde e trabalho em um hospital público com serviço de urgência. In: SANTOS-FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B. (Org.). **Trabalhador da saúde: muito prazer!** Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ijuí: Ed. Unijuí, 2007. p. 121-223. (Saúde Coletiva).

BATISTA, K. de M.; BIANCHI, E. R. F. Estresse do enfermeiro em unidade de emergência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 4, p. 534-539; jul./ago. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196, de 10 de outubro de 1996**. Dispõe sobre as diretrizes e as normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 1996.

_____. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Brasília, DF, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. 3. ed. ampl. Brasília, DF: Ed. do Ministério da Saúde, 2006.

CAMPOS, G. W. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho de equipes em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 229-266.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM n. 1.451, de 10 de março de 1995**. Define os conceitos de urgência e emergência e equipe e equipamentos para pronto-socorros. Brasília, DF, 1995. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/php/pesquisa_resolucoes.php>. Acesso em: 24 fev. 2008.

DAL PAI, D.; LAUTERT, L. Suporte humanizado no pronto socorro: um desafio para a enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 58, n. 2, p. 231-234, mar./abr. 2005.

DESLANDES, S. F. **Frágeis deuses: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

FURTADO, B. M. A. S. M.; ARAÚJO JUNIOR, J. L. C.; CAVALCANTI, P. O perfil da emergência do Hospital da Restauração: uma análise dos possíveis impactos após a municipalização dos serviços de saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 7, n. 3, p. 279-289, set. 2004.

GAÍVA, M. A. M. **Organização do trabalho na assistência ao prematuro e família em uma UTI neonatal de Cuiabá-MT**. 2002. 193 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

GIGLIO-JACQUEMOT, A. **Urgências e emergências em saúde: perspectivas de profissionais e usuários**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

GONÇALVES, R. B. M. **Medicina e história: raízes do trabalho do médico**. 1979. 209 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1979.

_____. **Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades**. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde, 1992.

_____. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.

GUSTAVO, A. S. **O trabalho da enfermeira no âmbito hospitalar: idealização e realidade**. 2001. 112 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2001.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA. **Apresentação**. Santa Maria, 2006. Disponível em: <<http://www.husm.ufsm.br/index.php?secao=apresentacao>>. Acesso em: 24 fev. 2008.

LEAL, S. M. C. **Violência como Objeto da Assistência em um Hospital de trauma: o “olhar” da enfermagem**. 2003. 164 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.

LIMA, M. A. D. da S. **O trabalho de enfermagem na produção de cuidados de saúde no modelo clínico**. 1998. 216 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1998.

LIMA, M. A. D. da S.; ALMEIDA, M. C. P. D. O trabalho de enfermagem na produção de cuidados de saúde no modelo clínico de atenção. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre; v. 20, n. esp., p. 86-101, 1999.

LIMA, S. B. S. de; ERDMANN, A. L. A enfermagem no processo de acreditação hospitalar em um serviço de urgência e emergência. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 271-278, 2006.

LUDWIG, M. L. M. **O contexto de um serviço de emergência**: com a palavra, o usuário. 2000. 115 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2000.

MAGNAGO, T. S. B. S. **Uma reflexão crítica sobre o “modo de fazer” da enfermeira perante o doente traumatizado grave em unidade de pronto-atendimento**. 2002. 184 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

MARQUES, G. Q. **Demandas do pronto atendimento e os processos de trabalho em serviços de porta aberta**. 2004. 131 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

MARQUES, G. Q.; LIMA, M. A. D. da S. Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 1, p. 13-19, jan./fev. 2007.

_____. Organização tecnológica do trabalho em um pronto atendimento e a autonomia do trabalhador de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 41-47, 2008.

MARQUES, G. Q. *et al.* As práticas e o cotidiano de profissionais em serviços públicos de saúde, na ótica de estudos acadêmicos. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, 2007. Disponível em: <http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2007.660/194>. Acesso em: 24 fev. 2008.

MARX, K. **O capital**: crítica da economia política. 12. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1988. Livro 1, v. 1.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. *In*: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Praxis en salud**: um desafio para lo público. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112.

MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAYO, M. C. De S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 10. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2007.

OLIVEIRA, B. R. G.; COLLET, N.; VIEIRA, C. S. A humanização na assistência à saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, p. 277-284, mar./abr. 2006.

OLIVEIRA, E. B. *et. al.* A inserção do acadêmico de enfermagem em uma unidade de emergência: a psicodinâmica do trabalho. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 179-185, maio/ago. 2004.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-109, fev. 2001.

PINHO, L. B.; KANTORSKI, L. P.; ERDMANN, A. L. Práticas de cuidado em uma unidade de emergência: encontros e desencontros segundo familiares de pacientes internados. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 9, n. 1, p. 7-12, jan./mar. 2005.

PIRES, D. A estrutura objetiva do trabalho em saúde. *In*: LEOPARDI, M. T. (Org.). **Processo de trabalho em saúde**: organização e subjetividade. Florianópolis: Papa-Livros, 1999. p. 25-48.

_____. **Processo de trabalho em saúde, no Brasil, no contexto das transformações atuais na esfera do trabalho**: estudo em instituições escolhidas. 1996. 347 f. Tese (Doutorado) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 1996.

_____. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: Annablume, 1998.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: métodos, avaliação e utilização. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

POLL, M. A. **Atendimento em uma unidade de emergência: organização e ética.** 2007. 116 f. Dissertação (Mestrado) – Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Rio Grande, 2007.

RIBEIRO, E. M.; PIRES, D.; BLANK, V. L. G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para a análise do trabalho no programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, p. 438-446, mar./abr. 2004.

RODRIGUEZ, J. M. **Emergências.** Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 2002.

ROSA, N. G. **Dilemas éticos no mundo do cuidar de um serviço de emergência.** 2001. 138 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2001.

ROSSI, F. R.; SILVA, M. A. D. Fundamentos para processos gerenciais na prática do cuidado. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 460-468, dez. 2005.

SANTOS, J. S. *et al.* Avaliação do modelo de organização da Unidade de Emergência do HCFMRP-USP, adotando, como referência, as políticas nacionais de atenção às urgências e de humanização. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 36, n. 2/4, p. 498-515, abr./dez. 2003.

STAKE, R. E. **Investigación com estúdio de casos.** Madrid: Morata, 1998.

STEIN, A. T. **Acesso a atendimento médico continuado: uma estratégia para reduzir a utilização de consultas não urgentes em serviços de emergência.** 1998. 214 f. Tese (Doutorado em Clínica Médica) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1998.

TACSI, Y. R. C.; VENDRUSCULO, D. M. S. A assistência de enfermagem no serviço de emergência pediátrica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, p. 477-484, maio/jun. 2004.

VIEIRA, S. A. **A fuga de pacientes do hospital: concepções de uma equipe multidisciplinar.** 2005. 94 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

APÊNDICE A – Roteiro para Realização da Observação

Data:

Início:

Término:

Local:

1. Descrição do processo de trabalho da equipe de saúde de uma Unidade hospitalar de atendimento às urgências e emergências.
 - Objeto
 - Agentes/instrumentos
 - Finalidade do trabalho
2. Descrição do atendimento aos usuários em situações de urgência e emergência.
3. Descrição das relações estabelecidas entre os integrantes da equipe durante o processo que envolve a assistência ao usuário.

APÊNDICE B – Roteiro para Realização da Entrevista Semi-estruturada

Data:

Início:

Término:

Local:

- 1) Há quanto tempo você trabalha na Área?
- 2) Como ocorre o trabalho na Unidade de emergência?
- 3) Como está organizado atendimento às urgências e emergências nessa Unidade?
- 4) Como você entende o trabalho realizado na Unidade de emergência?
- 5) Quais os profissionais da equipe de emergência que se envolvem no processo de trabalho, de que forma?
- 6) Descreva quais são as facilidades e dificuldades observadas na realização do trabalho na Unidade de emergência.
- 7) Você teria sugestões para melhorar o atendimento na Unidade de emergência? Quais?

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Pesquisa: O PROCESSO DE TRABALHO DA EQUIPE DE SAÚDE DE UMA UNIDADE HOSPITALAR DE ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS.

Pesquisadora responsável: Dr^a Maria Alice Dias da Silva Lima

Telefone para contato: 051-33085481 - malice@enf.ufrgs.com.br

Pesquisadora: Estela Regina Garlet - estelagarlet@hotmail.com

Telefone para contato: 055-99791042

A presente pesquisa tem por objetivo analisar o processo de trabalho da equipe de saúde de uma Unidade hospitalar de atendimento às urgências e emergências.

Para a realização do estudo, serão realizadas entrevistas com os profissionais que atuam no serviço e observação. As entrevistas serão gravadas e transcritas, garantindo-se o anonimato dos participantes e o caráter confidencial das informações recebidas. Garante-se que não haverá nenhuma repercussão funcional ou implicação legal para os participantes do estudo, junto à Instituição em que será realizado o estudo.

A pesquisa tem finalidade acadêmica e destina-se à elaboração da Dissertação de Mestrado da pesquisadora para obtenção do título de Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob a orientação da Professora Dr^a. Maria Alice Dias da Silva Lima.

Os participantes da pesquisa serão esclarecidos quanto a quaisquer dúvidas durante o desenvolvimento, podendo desistir de participar desta pesquisa em qualquer momento de sua realização, como também ter acesso aos resultados obtidos ao final da pesquisa.

Declaro ter sido informado sobre o desenvolvimento da pesquisa e concordo em participar dela, tendo ciência de que poderei recusar-me a responder qualquer pergunta e que posso negar-me a participar do estudo.



Estela Regina Garlet
Pesquisadora

Maria Alice Dias da Silva Lima
Pesquisadora Responsável

Data:

Assinatura do Participante

**ANEXO A – Autorização do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade
Federal do Rio Grande do Sul**

	PRÓ-REITORIA DE PESQUISA	PRP-CPRSQ	
	COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA		
	CARTA DE APROVAÇÃO		
<p>O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul analisou o projeto:</p>			
Número :	2007588		
Título :	Organização tecnológica do trabalho na unidade de emergência de um hospital pública		
<u>Pesquisador (es) :</u>			
NOME	PARTECIPAÇÃO	EMAIL	CPNE
MARIA ALICE DIAS DA SILVA LIMA	PESO RESPONSÁVEL	malice@enf.ufrgs.br	33385429 ¹¹
ESTELA REGINA DARLET	PESQUISADOR	esthalgrande@fau.ufrs.com.br	
<p>O mesmo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS, reunião nº 6 ata nº 88, de 10/5/2007, por estar adequado ética e metodologicamente e de acordo com a Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde.</p>			
<p>Porto Alegre, quarta-feira, 23 de maio de 2007</p>			
			
<p>LUIZ CARLOS BOMBASSARO Coordenador do CEP-UFRGS</p>			