

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

GRACIELA CABREIRA GEHLEN

**A ORGANIZAÇÃO TECNOLÓGICA DO TRABALHO DOS
ENFERMEIROS NA PRODUÇÃO DE CUIDADOS EM UNIDADES DE
PRONTO ATENDIMENTO DE PORTO ALEGRE/RS**

**Porto Alegre
2012**

GRACIELA CABREIRA GEHLEN

**A ORGANIZAÇÃO TECNOLÓGICA DO TRABALHO DOS
ENFERMEIROS NA PRODUÇÃO DE CUIDADOS EM UNIDADES DE
PRONTO ATENDIMENTO DE PORTO ALEGRE/RS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito final para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Políticas, Avaliação e Atenção à Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Alice Dias da Silva Lima

**Porto Alegre
2012**

CIP - Catalogação na Publicação

CABREIRA GEHLEN, GRACIELA
A ORGANIZAÇÃO TECNOLÓGICA DO TRABALHO DOS
ENFERMEIROS NA PRODUÇÃO DE CUIDADOS EM UNIDADES DE
PRONTO ATENDIMENTO DE PORTO ALEGRE/RS / GRACIELA
CABREIRA GEHLEN. -- 2012.
110 f.

Orientador: MARIA ALICE DIAS DA SILVA LIMA.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio
Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2012.

1. SERVIÇOS DE ENFERMAGEM. 2. SERVIÇOS MÉDICOS DE
EMERGÊNCIA. 3. SOCORRO DE URGÊNCIA. 4. ASSISTÊNCIA
PRÉ-HOSPITALAR. 5. SERVIÇOS DE SAÚDE. I. DIAS DA SILVA
LIMA, MARIA ALICE, orient. II. Título.

GRACIELA CABREIRA GEHLEN

A organização tecnológica do trabalho dos enfermeiros na produção de cuidados em unidades de pronto atendimento de Porto Alegre/RS.

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

Aprovada em Porto Alegre, 30 de março de 2012.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Maria Alice Dias da Silva Lima: Maria Alice Lima
Presidente – PPGEN/UFRGS

Profa. Dra. Giselda Quintana Marques: Giselda Quintana Marques
Membro – SMPA

Profa. Dra. Marta Regina Cezar Vaz: Marta Regina Cezar Vaz
Membro – FURG

Profa. Dra. Tatiana Engel Gerhardt: Tatiana Engel Gerhardt
Membro – PPGEN/UFRGS

Profa. Dra. Regina Rigatto Witt: Regina Rigatto Witt
Membro – PPGEN/UFRGS

Dedico este trabalho ao meu filho Davi e ao meu marido e companheiro Fabrissio.

Davi,

Você nasceu e logo teve que aprender a conviver com as minhas ausências, mesmo sem compreender o que se passava possibilitou que eu continuasse minha jornada. Saiba meu filho, você é o que realmente importa! Te amo para sempre.

Fabrissio,

Você é a minha maior fonte de estímulo, por acreditar que eu sou capaz, e por compreender o meu crescimento com orgulho, como se fosse o teu mesmo. Te amo profundamente por isto e por ter tido o teu companheirismo por todos estes anos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço...

À orientadora Professora Dra. Maria Alice Dias da Silva Lima pela oportunidade de crescimento, compartilhando saberes e momentos de discussão que enriqueceram este estudo. Obrigada por compreender com respeito e dedicação todas as minhas limitações acadêmicas.

Ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul pelo ensino de qualidade, que possibilitou o aperfeiçoamento da minha trajetória acadêmica.

À grande amiga Letícia de Lima Trindade pela parceria e amizade incondicional. Sem sua ajuda, com uma persistência incansável, conhecimento e amor à pesquisa, este estudo não teria acontecido.

A colega Giselda Marques pelo apoio dedicado no momento mais difícil desta jornada. Obrigada por ter acreditado nas minhas potencialidades, mostrando-me que era possível chegar ao fim!

À todas as professoras do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem que tive a oportunidade de conhecer e conviver, pelos momentos de discussão e de desconstrução de nossas certezas!

Às Professoras Marta Regina Cezar Vaz, Marta Júlia Lopes e Tatiana Gerhardt pelas excelentes contribuições, na banca de qualificação, que abriram inúmeras possibilidades de aperfeiçoamento desse estudo.

Às Professoras Marta Regina Cezar Vaz, Giselda Quintana Marques, Regina Rigatto Witt e Tatiana Gerhardt pelas excelentes contribuições, na banca de defesa da tese.

Aos colegas da turma de doutorado, pelos momentos de discussão e descontração. Em especial as parceiras Aline, Beth, Analidia e Eglê que me acolheram em seus lares, compartilhando momentos de amizade.

A bolsista de iniciação científica Patrícia Levandovski pela fundamental contribuição na coleta de dados. Obrigada pela dedicação!

A Larissa de Lima Trindade, estatística, pela tranquilidade e paciência com que me assessorou neste estudo.

Aos Enfermeiros das Unidades de Pronto Atendimento, pela fundamental participação neste estudo. As coordenadoras desses serviços por permitirem acesso, sem restrições, às dependências do Serviço.

Às colegas do Instituto Federal do Paraná – Câmpus Palmas- PR, pela paciência, tolerância e apoio nas minhas ausências, mesmo estando presente. Um agradecimento especial à

Juliane Pagliari, Micheli Ferreira, Mariangela Gobatto, Daiane Antonioli e Carmem Waldow pela amizade, parceria e pela convivência.

Aos colegas da FADEP que me apoiaram em boa parte desta jornada. Um agradecimento especial à Patrícia Tuerlinckx Noguez, Tânia Lupatini e Tarcísio Alves da Silva.

À família

Ao espírito de luz de minha mãe Júlia (in memorian) que acompanha meus passos e me dá forças para enfrentar os desafios mais difíceis.

Ao meu pai Otomar que não mediu esforços para que eu tivesse todas as oportunidades de estudo e chegasse até aqui! Obrigada meu velho pai!

A minha sogra Marilena pelas diversas vezes que abriu mão do seu conforto para me possibilitar crescer, cuidando do meu filho e de minha casa, com muito amor e dedicação. Ao meu sogro Flávio pela compreensão e pelo apoio confiante nessa jornada!

A querida tia Cota, que mesmo distante sempre torceu para minha conquista. Obrigada pelo seu carinho de mãe!

Aos meus amores Davi e ao Fabrissio por fazerem todo meu esforço valer a pena. Essa conquista também é de vocês!

Agradecimento Especial

A Deus, por estar ao meu lado em todos os momentos de alegria e por me acalentar em seus braços nos momentos de desânimo, dando-me carinho e amor, quando sentia-me em completa solidão!

A felicidade aparece para aqueles que choram, para aqueles que se machucam, para aqueles que buscam e tentam sempre.

Clarice Lispector

RESUMO

O estudo tem por objetivos analisar a organização tecnológica do trabalho dos enfermeiros na produção do cuidado em Unidades de Pronto Atendimento, analisar as atividades dos enfermeiros, descrevendo a constituição da dimensão assistencial e gerencial no seu processo de trabalho; identificar o objeto do cuidado e a finalidade do trabalho dos enfermeiros e identificar os saberes tecnológicos e o conjunto de instrumentos utilizados pelos enfermeiros na produção de cuidados em Unidades de Pronto Atendimento (UPA). A estratégia de investigação foi à pesquisa de métodos mistos, do tipo explanatório sequencial. Na etapa quantitativa foi utilizado um questionário para a coleta de dados com 47 enfermeiros e, na etapa qualitativa, foi utilizada a técnica de observação por amostragem de eventos, referente às atividades dos enfermeiros em uma unidade de pronto atendimento selecionada. Os dados quantitativos foram analisados com o auxílio do Programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), pela utilização de técnicas da estatística descritiva. Os dados qualitativos foram analisados pela técnica de Análise Temática de Conteúdo, contemplando os núcleos de sentido que compõem a comunicação e interpretação dos seus significados. O agrupamento dos dados quantitativos e qualitativos originou quatro núcleos de análise: trabalho dos enfermeiros, finalidade do trabalho dos enfermeiros, instrumentos de trabalho dos enfermeiros e os desafios e perspectivas do trabalho dos enfermeiros nos serviços de pronto atendimento. Na dimensão assistencial do trabalho destacaram-se as atividades de acolhimento com avaliação e classificação de risco e o registro dos dados clínicos em prontuários, caracterizados pelo atendimento partindo da queixa, com aprofundamento, enriquecendo a conduta, contudo as intervenções de enfermagem não extrapolaram seu caráter instrumental. Na dimensão gerencial do trabalho as atividades de distribuição de tarefas entre a equipe de enfermagem, o dimensionamento de pessoal da enfermagem, a organização de escalas de trabalho da enfermagem e o preenchimento de relatórios referentes ao seu trabalho são as práticas desenvolvidas com muita frequência pelos enfermeiros nessa realidade de trabalho. As ações de gerência do cuidado visam à previsão e provisão de recursos para produção do cuidado, por meio da organização e divisão do trabalho da equipe de enfermagem. O encaminhamento dos usuários a níveis adequados de assistência foi apontado pelos enfermeiros como a principal finalidade do seu trabalho nas unidades de pronto atendimento, seguido das finalidades de prestar o atendimento clínico ao usuário, prestar a assistência ao

usuário em situação de urgência e de recuperar a saúde, tratando doenças e agravos. Os instrumentos mais utilizados pelos enfermeiros foram o julgamento e tomada de decisão clínica, a escuta, vínculo e acolhimento, os equipamentos para realização de procedimentos, o conhecimento clínico e o protocolo que orienta a classificação de risco. A resolução de problemas que não são de sua responsabilidade e o volume de atendimento da unidade são as principais dificuldades para o desenvolvimento do trabalho. As variáveis referentes à prática clínica foram identificadas como um potencial para a instrumentalização na tomada de decisão, colaborando para a produção de cuidados.

Palavras-chave: Serviços de Enfermagem. Serviços Médicos de Emergência. Socorro de Urgência. Assistência Pré-Hospitalar. Serviços de Saúde.

ABSTRACT

This study aims at analyzing the technological organization of nurses' work, focusing on the production of health care in Emergency Units, as well as the activities performed by nurses. This research also aims at describing how the aid and management dimensions of nurses' work are developed, with the goal of identifying the object of care and the purpose of nurses' work, pointing out the technological knowledge and the instruments used by nurses to produce health care in Emergency Units. The investigation strategy was based on the Mixed Methods of Research, such as sequential explanatory. During the quantitative part of the research, a questionnaire was given to 47 nurses as a means of collecting data. During the qualitative part, the technique of sample rate events observation was used to follow nurses' activities in an Emergency Unit previously selected. The quantitative data was analyzed by the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) program, using techniques from descriptive statistics. The qualitative data was analyzed by the technique of theme content analysis, prioritizing the meaning cells which compose the communication and interpretation of their meanings. The grouping of quantitative and qualitative data gave origin to four analysis cells: Nurses' Work, the Objective of Nurses' Work, Instruments of Nurses' Work and Challenges and Perspectives of Nurses' Work at Emergency Units. In the aid dimension of nurses' work, activities of admission and rating of life risk and the registration of clinical data on patients' charts stand out, characterized by the service performed from patient's complain, making the process of admission more reliable. However, the nurses' interventions do not go beyond its instrumental character. In the management dimension of nurses' work, the activities of chores distribution among the team of nurses, the distribution of people in the Emergency Units, the organization of shifts and turns and the filling of reports concerning the work are very popular practices among nurses in the Emergency Units. The actions of managing the health care try to predict and provide resources to produce this care by organizing and dividing the work. The actions to analyze the patient's situation and provide follow up medical procedures was pointed by nurses as being the main objective of their work in Emergency Units, followed by the objective of providing clinic care to patients, proving medical attention to patients in emergency and recovery situations, by treating illnesses and injuries. The most used instruments by nurses were clinic judgment and decision-making, listening, bonding and acceptance, procedure equipments, clinic knowledge and the protocol which guides the risk rating. The solution to problems which do not concern nurses' work and

the amount of patients in Emergency Units were mentioned as the main difficulties to develop their work. The variables referring to clinical practice were identified as a potential to provide instruments during decision-making moments, collaborating to produce health care.

Keywords: Nursing Services. Emergency Medical Services. Urgent Help, Prehospital Care. Health Care Services.

RESUMEN

El estudio tiene por objetivos analizar la organización tecnológica del trabajo de los enfermeros en la producción del cuidado en unidades de pronto atendimento (urgencias), analizar las actividades de los enfermeros, describiendo la constitución de la dimensión asistencial y gerencial en su proceso de trabajo; identificar los saberes tecnológicos y el conjunto de instrumentos utilizados por los enfermeros en la producción de cuidados en las unidades de pronto atendimento (urgencias). La estrategia de investigación fue por métodos mistos, del tipo explanatorio secuencial. En la etapa cuantitativa fue realizado el cuestionario como técnica de colecta de datos con 47 enfermeros y en la etapa cualitativa, fue realizada la técnica de observación por amostraje de eventos relacionados a las actividades de los enfermeros en una unidad de pronto atendimento (urgencia) seleccionada. Los datos cuantitativos fueron analizados en el programa Programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), por la utilización de técnicas de estadística descriptiva. Los datos cualitativos fueron analizados por la técnica del análisis de conteúdo temático, contemplando los núcleos de sentido que componen la comunicación e interpretación de sus significados. El agrupamiento de los datos cuantitativos y cualitativos originó cuatro núcleos de análisis: trabajo de los enfermeros, finalidad del trabajo de los enfermeros, instrumentos de trabajo de los enfermeros y los desafíos y perspectivas del Trabajo de los Enfermeros en los servicios de Pronto Atendimento (urgencias). En la dimensión asistencial del trabajo se destacan las actividades de acogida con evaluación y clasificación de riesgo y el registro de datos clínicos en prontuarios, caracterizados por el atendimento partiendo de la queja, con aprofundación, enriqueciendo la conducta, sin embargo las intervenciones de enfermería no extrapolaron su carácter instrumental. En la dimensión gerencial del trabajo las actividades de distribución de tarefas entre el equipo de enfermeros, el dimensionamiento de personal de enfermería, la organización de escalas de trabajo de enfermería y el relleno de relatorios referentes a su trabajo son prácticas desarrolladas con mucha frecuencia por los enfermeros en el pronto atendimento (urgencias). Las acciones de gerencia del cuidado visan la provisión de recursos para la producción del cuidado, por medio de la organización y división del trabajo de equipo de enfermeros. El encaminamiento de los usuarios a los locales adecuados de asistencia fue apuntado por los enfermeros como la principal finalidad de su trabajo en las unidades de pronto atendimento (urgencia), acompañado de las finalidades de prestar el atendimento

clínico ao usuário, prestar assistência al usuário en situación de urgencia y de recuperar la salud, tratando las enfermedades y agravios. Los instrumentos más utilizados por los enfermeros fueron el juicio y la tomada de decisión clínica, la escucha, vínculo y acogida, los equipamientos para la realización de los procedimientos, el conocimiento clínico y el protocolo que orienta la Clasificación de Riesgo. La resolución de problemas sin relación a su trabajo y el volumen de atendimento de la unidad aparecen como las principales dificultades para el desarrollo del trabajo. Las variables referentes a la práctica clínica fueron identificándose como un potencial para la instrumentalización en las tomadas de decisión, colaborando en la producción de los cuidados.

Palabras clave: Servicios de Enfermería. Servicios Médicos de Emergência. Socorro de Urgencia, Asistencia Pré-Hospitalar. Servicios de Salud.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	- Caracterização das Unidades de Pronto Atendimento estudadas.....	41
Quadro 2	- Enfermeiros participantes do estudo por Unidade de Pronto Atendimento.....	44
Quadro 3	- Distribuição das variáveis quantitativas do questionário.....	47
Quadro 4	- Trabalho dos Enfermeiros nas Unidades de Pronto Atendimento.....	48
Quadro 5	- Finalidade do trabalho dos enfermeiros nas Unidades de Pronto Atendimento.....	48
Quadro 6	- Instrumentos de trabalho dos enfermeiros nas Unidades de Pronto Atendimento.....	49
Quadro 7	- Desafios e perspectivas do trabalho dos enfermeiros nos serviços de Pronto Atendimento.....	49

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	- Atividades assistenciais desenvolvidas pelos enfermeiros das Unidades de Pronto Atendimento.....	52
Tabela 2	- Resultados da classificação de risco nas Unidades de Pronto Atendimento.....	59
Tabela 3	- Frequência de atendimentos em situações de urgência.....	60
Tabela 4	- Atividades de prevenção desenvolvidas pelos enfermeiros que atuam nas Unidades de Pronto Atendimento.....	62
Tabela 5	- Atividades de gerenciamento desenvolvidas pelos enfermeiros nas Unidades de Pronto Atendimento.....	64
Tabela 6	- Finalidade do trabalho dos enfermeiros nas Unidades de Pronto Atendimento.....	70
Tabela 7	- Resultados do trabalho dos enfermeiros nas Unidades de Pronto Atendimento.....	74
Tabela 8	- Contribuição da classificação de risco no desenvolvimento do trabalho nas Unidades de Pronto Atendimento.....	76
Tabela 9	- Instrumentos de trabalho utilizados pelos enfermeiros nas Unidades de Pronto Atendimento.....	77
Tabela 10	- Dificuldades apontadas pelos enfermeiros para o desenvolvimento do trabalho nas Unidades de Pronto Atendimento.....	83

LISTA DE ABREVIATURAS

GESC	Grupo de Estudos em Saúde Coletiva
ONU	Organização Mundial de Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PNAU	Política Nacional de Atenção às Urgências
POPs	Procedimentos Operacionais Padrão
SADT	Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia
SAMU	Serviço Móvel de Atendimento às Urgências
SPSS	<i>Statistical Package For The Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	18
2	OBJETIVOS.....	23
2.1	OBJETIVO GERAL.....	23
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	23
3	REFERENCIAL TEÓRICO.....	24
3.1	O ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL.....	24
3.2	PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE.....	28
3.3	PRODUÇÃO DE CUIDADO DE ENFERMAGEM.....	31
3.4	O SABER OPERANTE NAS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM.....	34
4	METODOLOGIA.....	40
4.1	TIPO DE ESTUDO.....	40
4.2	CENÁRIO DO ESTUDO.....	40
4.3	COLETA DE DADOS.....	41
4.3.1	Etapa Quantitativa – Questionário.....	42
4.3.2	Etapa Qualitativa – Observação.....	45
4.4	ANÁLISE DOS DADOS.....	46
4.4.1	Análise Quantitativa.....	46
4.4.2	Análise Qualitativa.....	47
4.5	APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	48
4.6	ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	50
5	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	51
5.1	O TRABALHO DOS ENFERMEIROS NAS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO.....	51
5.1.1	A Dimensão Assistencial do Trabalho dos Enfermeiros nas Unidades de Pronto Atendimento.....	51
5.1.2	A Dimensão Gerencial do Trabalho dos Enfermeiros nas Unidades de Pronto Atendimento.....	63
5.2	A FINALIDADE DO TRABALHO NAS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO NA CONCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS.....	70

5.3	INSTRUMENTOS DE TRABALHO DOS ENFERMEIROS NAS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO.....	77
5.4	DESAFIOS E PERSPECTIVAS NO TRABALHO DOS ENFERMEIROS NAS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO.....	83
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	88
	REFERÊNCIAS.....	93
	APÊNDICE A - Roteiro do Questionário.....	101
	APÊNDICE B - Roteiro de Observação por Amostragem de Eventos.....	108
	APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	109
	ANEXO - Parecer Consubstanciado.....	110

1 INTRODUÇÃO

O processo de trabalho dos enfermeiros na produção de cuidados de saúde em Unidades de Pronto Atendimento é o tema central deste estudo.

As Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) integram o componente do sistema de atenção à saúde, instituído pela Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) no Brasil, desempenhando importante papel como uma das portas de acesso imediato aos usuários. Têm o propósito de contribuir na organização das redes de atendimento integral às urgências e emergências do país, responsáveis pelo atendimento a usuários agudos ou crônicos agudizados, com ou sem risco imediato de vida.

A finalidade do trabalho dos enfermeiros, juntamente com a equipe de saúde dessas unidades é estabilizar a situação clínica dos usuários, realizar a investigação diagnóstica inicial, definir necessidade ou não, de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade, bem como, acolher casos não urgentes, procedendo à reordenação dos serviços ambulatoriais básicos ou especializados, existentes na rede de atenção à saúde (BRASIL, 2003).

O pressuposto fundamental da PNAU é a garantia de acesso e acolhimento nos serviços de saúde, de acordo com a complexidade tecnológica, que deverá estar organizada de forma regionalizada, hierarquizada e regulada, prevenindo iatrogenias por manipulação ou tratamentos incorretos, evitando a morte ou incapacidades físicas temporárias e permanentes. As Unidades de Pronto Atendimento devem prestar o primeiro atendimento aos casos de natureza clínica, cirúrgica ou de trauma.

O trabalho dos enfermeiros, em serviços que atendem situações de urgência, está relacionado à manutenção da unidade e do cuidado ao usuário, bem como à coordenação da equipe de enfermagem e ao auxílio aos demais profissionais envolvidos na assistência, sendo de responsabilidade e competência do enfermeiro participar do atendimento ao usuário (FURTADO, 2009).

Esse trabalho exige um conhecimento consistente sobre situações de saúde, sendo que as atividades são inúmeras e as demandas exigem que o enfermeiro desenvolva atividades assistenciais, gerenciais e organizacionais. Segundo Almeida; Pires (2007) o enfermeiro deve ser capaz de rever uma enorme quantidade de informações, pensar criticamente, fazer julgamentos e tomar decisões, enfocando a situação de saúde do usuário.

O enfermeiro necessita estar apto para obter uma história do paciente, exame físico, executando tratamento imediato, preocupando-se com a manutenção da vida, desenvolvendo orientações aos usuários para que possam dar continuidade aos cuidados com sua saúde. Wehbe; Galvão (2001) reforçam que os enfermeiros aliam sua fundamentação teórica à capacidade de liderança, iniciativa e habilidades assistencial e de ensino, e desenvolvem raciocínio rápido, pois são responsáveis pela coordenação de uma equipe de enfermagem e são parte vital e integrante da equipe de emergência.

Os enfermeiros de unidade de emergência precisam buscar meios para gerenciar o cuidado de enfermagem, visualizando as necessidades do usuário de forma integral, conciliando os objetivos organizacionais com os objetivos da equipe de enfermagem (WEHBE; GALVÃO, 2001).

O cuidado de enfermagem agrega uma série de ações profissionais de natureza própria, que se concretiza em prática multidisciplinar e sustentação teórica. Isto se dá no processo de interação terapêutica entre seres humanos, fundamentadas em conhecimento empírico, pessoal, ético, estético e político com a intenção de promover a saúde e a dignidade no processo de vida humana (SOUZA et al., 2005).

Na concepção de Valentim; Santos (2009), os enfermeiros das unidades de urgência, por possuírem domínio e rapidez nas ações e nos modos de cuidar os usuários portadores de patologias/agravos à saúde, devem atuar conforme um processo gerenciado de cuidado, acompanhando os usuários em todo seu processo clínico, até a definição e conclusão do seu tratamento.

Um estudo sobre a temática demonstrou que os enfermeiros têm papel central e articulador nas unidades de emergência, o que lhes possibilita grandes oportunidades de interação e influência sobre as ações dos demais profissionais envolvidos, em prol da produção de um cuidado integral e interdisciplinar (GARLET et al., 2009).

Autoras destacam que nos serviços de urgência os enfermeiros desenvolvem um trabalho interligado aos demais trabalhadores, setores e serviços. Atuam em todas as frentes de trabalho, na coordenação de atividades da enfermagem, na articulação, supervisão e controle das dinâmicas de trabalho no serviço, assim como na seleção de usuários de maior risco (MARQUES; LIMA, 2007).

Conforme o estudo de Furtado (2009) os enfermeiros nos serviços de emergência definem seu trabalho como crucial para a assistência ao usuário, admitindo a existência, algumas vezes, de um sentimento de dependência dos usuários em relação ao seu trabalho,

pela razão de serem os profissionais que, pela característica da sua função, são os que estão mais presentes no dia-a-dia e, além disso, manifestarem grande apego ao trabalho.

Esse destaque dado ao trabalho do enfermeiro no cenário das urgências é consequência do avanço da atuação desse profissional, determinado tanto pelos seus saberes e práticas, quanto pelo espaço que ocupa na produção de cuidados e na organização do trabalho. Isto resulta das ações de enfermagem estarem imediatamente ancoradas em saberes técnicos que as fundamentam, e devido à marcante presença do conhecimento técnico-científico na constituição das suas práticas e na organização do trabalho nesses serviços.

Alguns estudos têm em comum a interpretação de que o processo de trabalho de enfermagem se caracteriza pela constituição de duas dimensões indissociáveis: a execução de ações de cuidado de enfermagem, que representa a dimensão assistencial e as ações voltadas para os agentes do trabalho, o ambiente e a instituição, que constituem a dimensão gerencial (HAUSMANN; PEDUZZI, 2009; ROSSI; SILVA, 2005; SILVA, 2010).

Portanto, os enfermeiros estão envolvidos com o gerenciamento do cuidado, contribuindo no desenvolvimento de um saber que pode ser utilizado para intensificar a articulação das ações de enfermagem e de saúde, no sentido de valorizá-los como componente do trabalho (HAUSMANN; PEDUZZI, 2009).

Neste contexto, destaca-se a dimensão intelectual do trabalho do enfermeiro no campo das urgências, caracterizada pelo trabalho reflexivo sobre o conhecimento técnico-científico e pela singularidade de cada situação. Os saberes e práticas que constituem o trabalho do enfermeiro nas Unidades de Pronto atendimento contribuem efetivamente na reorganização do fluxo de atendimento, estabelecendo critérios de prioridade, com a finalidade de atender todos, de forma integral, dentro das possibilidades de ação/intervenção.

Segundo Mendes Gonçalves (1994), as práticas de saúde, dentre estas as da enfermagem, constituíram-se como práticas sociais, cuja apreensão efetiva se dá na dimensão do trabalho, que se fundamenta no conhecimento científico e cujas intervenções estão imediatamente pautadas em um saber que produz a mediação entre ciência e trabalho, denominado saber operante, técnico ou tecnológico.

Na concepção de Marx (1994), o processo de trabalho é configurado por seus três elementos constituintes: a atividade adequada a um fim, que é o próprio trabalho; o objeto de trabalho, que é a matéria a ser transformada, em seu estado bruto ou resultante de um trabalho prévio; e os meios de trabalho, os instrumentos utilizados pelo trabalhador nesse processo.

Fundamentado na teoria do trabalho em saúde de Mendes-Gonçalves (1979, 1992, 1994) o conceito de organização tecnológica do trabalho considera tecnologia como um

conjunto de saberes e instrumentos, expressando nos processos de produção de serviços, a rede de relações sociais, internas e externas, em que seus agentes articulam sua prática a uma totalidade.

Assim, a organização tecnológica do trabalho do enfermeiro merece destaque, em especial nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA), tendo em vista a complexidade do trabalho nesse cenário e a qualidade da assistência prestada ao usuário.

Ao se refletir sobre esse contexto elaboram-se os seguintes questionamentos:

- Quais são as atividades desenvolvidas pelos enfermeiros em Unidades de Pronto Atendimento?
- Quais as finalidades e os produtos do trabalho dos enfermeiros?
- Quais os instrumentos e saberes tecnológicos utilizados pelos enfermeiros na produção do cuidado nesse cenário do trabalho?

Para elucidar essas questões, buscou-se contextualizar o trabalho dos enfermeiros nas Unidades de Pronto Atendimento, considerando-se que a organização tecnológica do processo de trabalho está diretamente relacionada aos saberes utilizados para o desenvolvimento do cuidado.

Com a concepção de que o saber junto com os demais instrumentos recorta o objeto do trabalho, de forma a contemplar possibilidades de intervenção, sustenta-se o pressuposto de que nas Unidades de Pronto Atendimento os enfermeiros utilizam saberes tecnológicos para avaliar as demandas dos usuários que buscam o serviço. Assim, por meio da utilização de saberes tecnológicos específicos, o trabalho dos enfermeiros nesse cenário contribui para a produção do cuidado da equipe de saúde, o que configura a organização tecnológica do trabalho com base na organização dos fluxos de atendimento.

A realização deste estudo justifica-se pela necessidade de aprofundar o conhecimento das interfaces existentes entre o trabalho e os saberes utilizados pelos enfermeiros e as relações do processo de trabalho no cotidiano dos serviços. Vale ressaltar que as práticas dos enfermeiros vêm ganhando espaço nas unidades de pronto atendimento no país, que têm como objetivo garantir a retaguarda às unidades de atenção básica, reduzir a sobrecarga dos hospitais de maior complexidade e estabilizar pacientes críticos.

Este estudo está vinculado a uma pesquisa que discute a Estruturação da Rede de Serviços de Saúde do município de Porto Alegre para o atendimento às urgências, inserido na linha de pesquisa Políticas, avaliação e atenção à saúde e enfermagem e vinculado ao Grupo de Estudos em Saúde Coletiva (GESC) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. A

contribuição desta tese ao referido projeto, consiste em caracterizar a organização tecnológica do trabalho dos enfermeiros nas Unidades de Pronto Atendimento, do cenário investigado.

Nesse contexto de problematização, a presente investigação busca analisar o processo de trabalho dos enfermeiros, inserido no contexto organizacional dos serviços de pronto atendimento, na perspectiva da organização tecnológica do trabalho.

2 OBJETIVOS

A partir da definição do objeto de estudo foram elaborados os objetivos apresentados a seguir.

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a organização tecnológica do trabalho dos enfermeiros na produção do cuidado em Unidades de Pronto Atendimento (UPA).

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar as atividades dos enfermeiros em Unidades de Pronto Atendimento, descrevendo a constituição da dimensão assistencial e gerencial no seu processo de trabalho;
- Identificar o objeto do cuidado e a finalidade do trabalho dos enfermeiros em Unidades de Pronto Atendimento;
- Identificar os saberes tecnológicos e o conjunto de instrumentos utilizados pelos enfermeiros na produção de cuidado nesse cenário de trabalho.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Para sustentação teórica do estudo realizou-se um resgate na literatura sobre alguns temas centrais que nortearam a construção do objeto e conduziram a pesquisa, foram eles: atendimento às urgências nos serviços de saúde no Brasil, processo de trabalho em saúde, produção do cuidado da enfermagem e os saberes tecnológicos em saúde.

3.1 ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL

A partir de 2003, a área das urgências está sendo considerada prioritária. A publicação da “Política Nacional de Atenção às Urgências” demarca um momento importante na organização do sistema de saúde do Brasil. Ocorre a incorporação de novos elementos conceituais, além da revisão e retomada de outros já bastante difundidos, como a garantia da universalidade, equidade e a integralidade no atendimento às urgências clínicas, cirúrgicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e as relacionadas às causas externas (traumatismos não-intencionais, violências e suicídios) (BRASIL, 2003).

A Política Nacional de Atenção às Urgências surge com potencial de organização dos fluxos de atenção às urgências e como instrumento de inclusão e garantia de acesso integral e equânime aos usuários acometidos por agravos urgentes, de qualquer natureza. A rede de serviços de saúde para o atendimento às urgências tem sido considerada como observatório privilegiado do sistema de saúde, onde primeiramente os agravos à saúde da população se apresentam, constituindo uma importante fonte de informação imediata para as ações de vigilância em saúde, oferecendo subsídios para planejamento, gestão e organização da assistência, identificando ações desarticuladas em educação, prevenção de agravos, recuperação e reabilitação da saúde dos usuários (SANTOS, 2003; FERNANDES, 2004).

Os serviços de urgência e emergência são responsáveis pelo atendimento dos portadores de quadros agudos, de natureza clínica, traumática ou psiquiátrica com a finalidade de possibilitar a resolução dos problemas de saúde dos pacientes que os procuram. Esses serviços funcionam 24 horas, servindo como porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS). Têm como desafio oferecer uma assistência de qualidade em um ambiente em que as demandas das urgências propriamente ditas, das urgências dos indivíduos e das urgências sociais se misturam (BRASIL, 2002).

A Rede de Atenção às Urgências é constituída pelos seguintes componentes:

- I - Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde;
- II - Atenção Básica em Saúde;
- III - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências;
- IV - Sala de Estabilização;
- V - Força Nacional de Saúde do SUS;
- VI - Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas;
- VII - Hospitalar; e
- VIII - Atenção Domiciliar (BRASIL, 2011).

As Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas são considerados estabelecimentos de saúde de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde/Estratégia de Saúde da Família e a Rede Hospitalar, devendo com estas compor uma rede organizada de atenção às urgências. Essas unidades devem prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica e prestar primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica ou de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, definindo, em todos os casos, a necessidade ou não, de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade (BRASIL, 2011).

Essas unidades responsáveis pelo atendimento a pacientes agudos ou crônicos agudizados com ou sem risco imediato de vida, devem estar localizadas em pontos de fácil acesso em relação à malha viária e circulação de transportes coletivos. Desempenham hoje importante papel no atendimento de urgência à população brasileira e estão estruturadas de modo a cumprir os princípios de regionalização e hierarquização nas áreas onde estão estabelecidas. Porém, esses serviços vêm atendendo uma demanda cada vez maior de pessoas à procura de atendimento de todo tipo.

Segundo Rocha (2005) apesar do fluxo hierarquizado proposto na estruturação do modelo de atenção, essas unidades vêm atuando como importante porta de entrada do sistema de saúde, ao darem acesso aos pacientes que lá chegam por demanda espontânea e que, em sua maioria, procuram atendimentos de consultas simples e de cuidados básicos. Esses atendimentos básicos nos serviços de urgência descaracterizam a proposta do sistema de saúde, proporcionando pouca vinculação do usuário com o serviço de atenção básica e com a equipe de saúde de sua área de origem.

Os conflitos quanto à questão do significado atribuído à urgência por profissionais e usuários, está evidente no cotidiano do trabalho. Os profissionais partem do princípio de que o usuário procura os serviços de urgência para todo o tipo de atendimento, por desconhecer o que seria urgência e qual a atribuição desses serviços de urgência. No entanto, segundo esses profissionais, os usuários que procuram as Unidades de Pronto Atendimento têm urgência em resolver seu problema de saúde, vendo nesse serviço uma possibilidade concreta de acesso à consulta médica, exames e tratamento. Estudos como de Marques; Lima (2007) e Rocha (2005) identificam essa demanda do usuário pela capacidade resolutive desse atendimento.

Os serviços de urgência estão sendo ocupados para tratamento de todo e qualquer caso pela população em geral, por serem locais com atendimento rápido e resolutivo. Com esse perfil, a população passa a entender o serviço de urgência não como um serviço voltado para o atendimento de paciente em risco de morte, mas também como alternativa para o atendimento das necessidades de saúde de baixa densidade tecnológica.

Como resposta às demandas, e buscando qualificar a assistência, o Ministério da Saúde recomendou a reestruturação do sistema de urgência brasileiro, de modo que toda a rede assistencial, desde o atendimento da atenção básica até a rede hospitalar, trabalhasse de forma articulada. De acordo com a Portaria nº 2.048/2002 essa reestruturação implica que o atendimento aos pacientes portadores de quadros de urgência e em emergência seja prestado por todas as portas de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2002).

Segundo Souza; Bastos (2008) os serviços de urgência de todo o país se encontram superlotados, com demandas que se misturam: paciente com real situação de urgência e pacientes com necessidade de atendimento de baixa densidade tecnológica, no mesmo ambiente, o que dificulta a visualização e o estabelecimento de prioridades de atendimento.

Dessa forma, identifica-se que a fragilidade da prática de referência e contra referência é fator determinante no volume de atendimento, constituindo ambientes com aglomeração de pacientes, acarretando prejuízo na qualidade do atendimento prestado na urgência (MELO; ASSUNÇÃO; FERREIRA, 2007; KOVACS et al., 2005).

Em 2004 foi lançado pelo Ministério da Saúde, por meio da Política Nacional de Humanização, o “Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco” no sistema de urgência. A avaliação com classificação de risco baseia-se em um processo dinâmico que visa identificar os usuários que necessitam de tratamento imediato de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento, proporcionando atenção centrada na complexidade da demanda e não na ordem de chegada do usuário (BRASIL, 2004).

Souza; Bastos (2008) conceituam a classificação de risco como um modelo de identificação do risco/vulnerabilidade, considerando as dimensões subjetivas, biológicas e sociais do adoecer e desta forma, orienta, prioriza e decide sobre os encaminhamentos necessários para a resolução do problema do usuário.

O acolhimento se concretiza no dia-a-dia das práticas de saúde por meio de escuta qualificada do enfermeiro e da capacidade de acordo entre a demanda do usuário e a possibilidade de resposta do serviço. Compromete-se com a responsabilização daquilo que não se pode responder prontamente, mas que é possível direcionar, de maneira ética e resolutiva, com segurança de acesso ao usuário (BRASIL, 2004). Para tanto, procede-se a entrevista com o paciente, visando saber o motivo que o levou ao serviço de saúde; isto é, sinais e sintomas que o levaram a procurar consulta médica e, com base nesta, realiza-se uma avaliação da necessidade do paciente com vistas ao estabelecimento dos cuidados multiprofissionais demandados (SOARES; AGUIAR, 1995).

Em toda ocorrência de atendimento realizado por profissionais de saúde, o acolhimento deve estar presente. Na concepção de Marques; Lima (2007) esta ação implica em atender os usuários, ouvindo suas queixas e assumindo uma atitude capaz de dar respostas condizentes com a realidade, utilizando os recursos disponíveis para a resolução de problemas, encaminhando os usuários quando for o caso, e estabelecendo articulações com outros serviços, para o prosseguimento da assistência.

Os objetivos da classificação de risco são avaliar o paciente logo na sua chegada ao serviço, humanizando o atendimento; reduzir o tempo de espera para o atendimento; determinar a área de atendimento primário, devendo o paciente ser encaminhado diretamente às especialidades conforme protocolo; informar os tempos de espera; promover ampla informação sobre o serviço aos usuários e retornar informações a familiares (SOUZA, 2009).

O acolhimento com avaliação e classificação de risco sugere resolutividade e agilidade no atendimento a partir da análise do protocolo pré-estabelecido, do grau de necessidades do usuário, com atenção especial na complexidade da situação. Assim, é necessária a organização desse atendimento através de acolhimento com classificação de risco para que se possa realizar uma primeira atenção qualificada para pequenas e médias urgências, bem como estabilização e referência adequadas dos pacientes graves, por meio do acionamento e intervenção das Centrais de Regulação Médicas de Urgência (BRASIL, 2004).

3.2 PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

O objeto da investigação aborda o desdobramento sobre o processo de trabalho dos enfermeiros na produção de cuidados no cotidiano dos serviços das Unidades de Pronto atendimento. Para tanto, entende-se que as práticas dos enfermeiros na produção de cuidados, ao ser exercido por um sujeito, revestem-se de novos sentidos imprimindo uma identidade ou domínio próprio sobre um conjunto de conhecimentos.

O referencial teórico que orienta a construção desta tese está centrado nos estudos sobre o processo de trabalho em saúde, a partir dos escritos de Marx (1994) e autores como Mendes Gonçalves (1979, 1992, 1994) e Schraiber (1996), que fazem uma interlocução com os conceitos marxistas sobre o trabalho. Esses autores investigaram a aplicação da teoria marxista do trabalho ao campo da saúde e a conformação dos seus elementos constituintes (objetos, instrumentos e a atividade humana), tomando a dimensão do trabalho e a dimensão do conhecimento científico como intrinsecamente históricas e sociais, nos seus estudos sobre processo de trabalho.

Para entender as dimensões e elementos do processo de trabalho da enfermagem, considerando a historicidade das práticas, os estudos de Almeida e Rocha (1986, 1997, 2000), Peduzzi (1998, 2001, 2002); Almeida (1997) e Pires (2003) subsidiaram o referencial.

Marx (1994) concebe o trabalho como um processo de mediação entre o ser humano e a natureza, no qual os seres humanos atuam sobre a natureza submetendo-a ao seu controle e transformando-a em formas que satisfaçam suas necessidades. Mendes Gonçalves (1994) acrescenta que o trabalho é uma ação que opera uma transformação no objeto, praticada pelo agente do trabalho que, para tal, possui um saber competente, que organiza e preside a ação, o saber operatório do trabalho.

Os estudos de Schraiber (1996), sobre trabalho em saúde acrescentam que dentre os elementos constituintes do processo de trabalho, está o agente/sujeito do trabalho como questão nuclear de investigação e enfatizam a dimensão intersubjetiva e ético-moral dos processos de produção de serviços.

Desta forma, ainda quanto aos elementos constituintes do processo de trabalho destacam-se os agentes como um desses elementos, que devem ser analisados no interior das relações do trabalho. Segundo Peduzzi (2001), o agente como elemento do processo de trabalho é apreendido no interior das relações entre objeto de intervenção, instrumentos e atividades, bem como no interior do processo de divisão do trabalho. Por meio da execução de atividades próprias de sua área profissional, cada agente opera a transformação de um objeto

em um produto que cumpre a finalidade colocada, desde o início, como intencionalidade daquele trabalho específico.

Por meio da presença e ação do agente do trabalho torna-se possível a interação entre objeto, instrumentos e atividade. Assim, objeto e instrumentos de trabalho só podem ser configurados por referência à sua posição, intermediada pela presença do agente do trabalho que lhe imprime uma dada finalidade. Portanto, segundo Peduzzi (1998) o agente pode ser interpretado, ele próprio, como instrumento do trabalho e, imediatamente sujeito da ação, na medida em que traz, além do projeto e sua finalidade, outros projetos de caráter coletivo e pessoal.

O objeto de trabalho não é um objeto natural, não existe enquanto objeto por si só. É recortado por um olhar que contém um projeto de transformação em uma dada realidade que incide na atividade do trabalho com uma finalidade, e demanda instrumentos adequados. Assim, os instrumentos possibilitam uma aproximação e transformação do objeto, bem como as características do objeto e a finalidade do trabalho determinam as características de seus meios. Isso representa a intencionalidade do processo de trabalho, a direção e a perspectiva em que será realizada a transformação do objeto em produto (ALMEIDA; ROCHA, 1986; PEDUZZI, 1998).

Constituídos historicamente pelos sujeitos, os instrumentos de trabalho ampliam as possibilidades de intervenção sobre o objeto, mas também não são naturais. Segundo Marx (1994) os instrumentos se caracterizam como uma coisa ou um complexo de coisas que o trabalhador insere entre si mesmo e o objeto de trabalho e lhe serve para dirigir sua atividade sobre esse objeto.

O conceito de processo de trabalho em saúde foi desenvolvido inicialmente com base no trabalho médico desde o início dos anos 1980. Posteriormente passou a ser utilizado para o estudo de processos de trabalho específicos de outras áreas profissionais em saúde, em especial a área de enfermagem (SCHRAIBER, 1996). O conceito de processo de trabalho em saúde diz respeito à dimensão microscópica do cotidiano do trabalho em saúde, ou seja, à prática dos trabalhadores de saúde inseridos no dia-a-dia da produção e consumo de serviços de saúde.

Mendes Gonçalves (1992) sistematizou o trabalho em saúde, como algo a ser transformado – o objeto de trabalho – e que será transformado em algo, o produto, por meio da utilização de instrumentos e força de trabalho. É um processo no qual o trabalhador põe em ação suas energias físicas e mentais, operando uma transformação sobre o objeto em que atua.

O objeto de trabalho se constitui pelas necessidades humanas, aquilo sobre o qual incide a ação do trabalhador. Segundo Mendes Gonçalves (1992), potencialmente o objeto de trabalho contém o produto resultante do processo de transformação efetivado pelo trabalho, no entanto, essa qualidade de produto precisa ser evidenciada ativamente no objeto, não a deixando transparecer por si mesma.

Pires (2009) destaca que a forma de entendimento das características e necessidades do objeto de trabalho, vai configurar maior ou menor domínio sobre o processo de trabalho, os quais tem consequências na capacidade dos profissionais intervirem, mais ou menos criativamente na definição de suas ações, com vistas a atingir as finalidades do seu trabalho.

Mendes Gonçalves (1979, 1992, 1994) destaca que existe no processo de trabalho em saúde a presença de instrumentos materiais e não materiais. Os primeiros são os equipamentos, material de consumo, medicamentos, instalações, outros. Os instrumentos não materiais são os saberes que permitem a apreensão do objeto de trabalho e que articulam em determinados arranjos os sujeitos e os instrumentos materiais, além de constituir ferramentas principais do trabalho de natureza intelectual.

O processo de trabalho consiste na transformação de necessidades sociais que estão em sua origem e desencadeiam outros processos de trabalho, como uma ação transformadora do homem por intermédio dos meios de produção (instrumentos ou conhecimentos e habilidades) sobre algum objeto para, transformando-o obterem determinado produto (MARX, 1994; MENDES GONÇALVES, 1992; PEDUZZI, 2007).

Na saúde, o processo de trabalho é realizado para atender as necessidades humanas, que variam de acordo com o período histórico, pois seu objeto de intervenção é o homem em sociedade. O homem, objeto do trabalho em saúde, possui sua individualidade, e o trabalho em saúde deve atender as generalidades e individualidades do ser humano.

As necessidades de saúde dos indivíduos e seus coletivos, transformadas em finalidade, guiam todo o processo de trabalho. As necessidades não são independentes da ação humana, modificam-se de acordo com as variações sócio-históricas, sendo finalidade do trabalho do enfermeiro a produção do cuidado individual ou coletivo, resultando na cura e/ou na saúde dos usuários.

Nessa perspectiva, Almeida; Rocha (1986) destacam que o trabalho da enfermagem presta assistência ao indivíduo sadio ou doente, família ou comunidade, tendo como objeto de trabalho a prestação de cuidados de enfermagem, e o gerenciamento do cuidado, este especificamente do profissional enfermeiro. Visualizam como produto final atender às

necessidades sociais, meio que pode alcançar a promoção da saúde, prevenção de doenças, a recuperação do indivíduo e o controle da saúde da população.

Assim, no trabalho em saúde e da enfermagem, o produto se completa no ato de sua realização, pois não tem como resultado um produto material, sendo o produto indissociável do processo que o produz, que é a própria realização da atividade (PIRES, 2003). A produção do trabalho em saúde se dá no momento exato do consumo, por isso a sua dinamicidade.

Na perspectiva até agora assinalada, trabalho em saúde é um processo de transformação no qual o agente, por meio de suas ações, contribui para que a finalidade social do próprio trabalho se realize. As ações são realizadas pelo sujeito do trabalho, portador de projetos e valores individuais e coletivos, com base em um saber operante e em um dado modelo tecnológico.

3.3 PRODUÇÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM

O trabalho da enfermagem se configura como uma prática social, como uma parcela do trabalho em saúde que forma relações sociais na produção de serviços (ALMEIDA, 1997). Nesta concepção a enfermagem não se apresenta neutra e não se faz somente com saberes e práticas técnicas, ainda que necessite destes para constituir-se como um trabalho social em dada sociedade, reconhecido por ela e intervindo nela.

Na concepção de Almeida et al. (2000), o trabalho da enfermagem transforma as práticas para além de seu espaço profissional e técnico, e para além de uma aplicação imediata e direta dos conhecimentos técnico científicos, levando em consideração a dinâmica social de cada âmbito de prática com as demais, seja na produção do conhecimento, na reprodução socioeconômica e política e na inserção dos sujeitos.

Assim, o trabalho da enfermagem se completa e se articula aos demais trabalhos em saúde, sempre em resposta às necessidades sociais, permitindo transparecer a profunda ligação com a economia, história, cultura e a política (SILVA, et al., 2001). Ainda, que alguma pessoa possa agir de forma individualizada, o trabalho não é ação individual, o trabalho é ação que faz parte de coletivos (ações que se fundem e se completam) que regulam sua liberdade interna de criação (SCHARAIBER, 1996).

Concebendo a enfermagem como um trabalho, é necessário determinar qual seu objeto e finalidade e os instrumentos de trabalho apropriados. Na concepção de Leopardi (1999) a enfermagem é um trabalho complexo, sendo as pessoas, com seu corpo, sua consciência e suas relações, objetos finais das ações deste profissional de saúde.

Rocha e Almeida (2000) conceituam o processo de cuidar no sentido de assistir o ser humano em suas necessidades básicas e este é o caráter universal do cuidado. Entretanto, no cotidiano do trabalho, o cuidado se apresenta de forma histórica e contextual, é variável e depende de relações que se estabelecem no processo de assistência, tornando-se uma atividade bastante complexa.

Desta forma, o trabalho do enfermeiro é configurado pelo cuidar, considerado como trabalho identificador da profissão, uma vez que se realiza a partir de necessidades de saúde concretas ou potenciais, caracterizado pela sua especialização profissional, pela capacidade de formulação de problemas, pela sua comunicabilidade na intervenção do cuidado terapêutico, por ter técnica e arte na sua realização (LEOPARDI; GELBECKE; RAMOS, 2001).

A enfermagem se responsabiliza por meio do cuidado, pelo conforto, acolhimento e bem-estar dos usuários, seja prestando o cuidado, seja coordenando os serviços para a prestação da assistência (ROCHA; ALMEIDA, 2000). A enfermagem tem com esse trabalho uma identidade histórica, o que tem despertado muitas reflexões sobre qual seria a amplitude desse cuidado: considerando-o como objeto da profissão, como finalidade, elaborando práticas assistenciais a partir de teorias.

Historicamente, o processo de trabalho da enfermagem se constituiu pela divisão técnica do trabalho, sendo um mesmo trabalho desenvolvido por vários trabalhadores, parcelado em tarefas, procedimentos e responsabilidades. A divisão parcelada extravasou os trabalhos produtivos, atingindo aqueles não produtivos, como no caso da enfermagem (ALMEIDA; ROCHA, 1986).

Nesta divisão do trabalho, cada agente da enfermagem passou a ser um trabalhador parcial, e a enfermeira assume o controle administrativo do trabalho. Segundo Marx (1994) todo trabalho diretamente social ou coletivo, executado em grande escala, exige uma direção que harmonize as atividades individuais e preencha as funções gerais.

A enfermagem brasileira institucionalizou-se no bojo do processo de intensa divisão do trabalho médico na sociedade moderna, principalmente para preencher os vazios desse processo, assumindo hegemonicamente as funções administrativas, no contexto hospitalar, local privilegiado enquanto forma de organização do trabalho para a materialização do modelo clínico, centrado na prestação de serviços a indivíduos, com ênfase no cuidado curativo (FRACOLLI; GRANJA, 2005).

A partir dessas considerações sobre a organização do trabalho da enfermagem, compreendem-se as origens das controvérsias na produção científica quanto ao processo de trabalho da enfermagem e do enfermeiro. Essas controvérsias versam sobre a interpretação da

configuração do processo de trabalho do enfermeiro, que para alguns autores se constitui de subprocessos e, para outros autores há a configuração de um único processo de trabalho com as dimensões assistencial e gerencial.

Um estudo pioneiro sobre o trabalho do enfermeiro destaca as atividades de gerenciamento da assistência de enfermagem e de organização do serviço (ALMEIDA; ROCHA, 1986). Castellanos et al. (1989) destacaram a ênfase do trabalho gerencial do enfermeiro no hospital, no entanto, diferencia dois processos de trabalho: o cuidar e o administrar. Ao discutir desafios da enfermagem para os anos de 1990, os mesmos autores assinalaram a existência de três processos de Enfermagem: cuidar, administrar e educar.

Azzolin; Peduzzi (2007) retratam que o processo de trabalho da enfermagem se configura em uma rede de subprocessos denominados cuidar ou assistir, administrar ou gerenciar, pesquisar e ensinar. Com relação ao trabalho do enfermeiro, consideram que se concretiza em dois diferentes processos: o de cuidar e o de administrar, sendo este último considerado predominante.

Peres; Ciampone (2006), também referem que o trabalho de enfermagem como instrumento do processo de trabalho em saúde, subdivide-se nos processos de trabalho cuidar/assistir, administrar/gerenciar, pesquisar e ensinar. Dentre esses, o cuidar e o gerenciar são os processos mais evidenciados no trabalho do enfermeiro. O gerenciamento realizado pelo enfermeiro resulta da composição histórica da força de trabalho em enfermagem que sempre promoveu sua divisão técnica e social na realidade brasileira.

Para Kirchhof (2003), o processo de trabalho administrar-gerenciar é privativo do enfermeiro, diferindo neste aspecto dos demais - cuidar e educar. Neste trabalho, o enfermeiro tanto organiza o trabalho da equipe de enfermagem quanto é mediador do trabalho da equipe de saúde. A autora ressalta que o processo gerencial é imprescindível e está imbricado no processo de cuidar e educar, sendo difícil separá-lo.

Diferindo das concepções apresentadas sobre a existência de subprocessos de trabalho da enfermagem e do enfermeiro, um grupo de autores tais como Garlet, et al. (2009); Hausmann; Peduzzi (2009) têm em comum a interpretação que o trabalho do enfermeiro, se configura pelas dimensões assistencial e gerencial, que são complementares. Essas dimensões se concretizam no trabalho do enfermeiro, sendo o cuidado constituído por meio do fazer assistencial voltado para o indivíduo na produção do cuidado, e o administrar realizado no gerenciamento da equipe de enfermagem e, do serviço de saúde para a produção do cuidado.

Garlet et al. (2009) analisaram a indissociabilidade das duas dimensões do processo de trabalho, tanto no modelo clínico nos serviços hospitalares e de urgência, quanto em

serviços da rede básica de saúde. Rossi; Silva (2005) propõem o gerenciamento do cuidado como expressão da articulação de ambas as dimensões do cuidar e do gerenciar.

Considera-se que a gerência é constituída por quatro dimensões: técnica, política, comunicativa e de desenvolvimento da cidadania (MISHIMA, et al., 1997). O gerenciamento dos serviços de enfermagem, em instituições de saúde, constitui-se em uma atividade bastante complexa, uma vez que requer dos profissionais competências diversas para a implementação de estratégias adequadas, em especial nos serviços de urgência.

O gerenciamento consiste em atividade meio cuja ação central baseia-se na articulação e integração que possibilita a transformação do processo de trabalho, ao mesmo tempo em que também pode se transformar mediante as situações do cotidiano das organizações de saúde.

Segundo Silva, et al. (2001), o gerenciamento do cuidado vem sendo apontado como prática gerencial orientada para as necessidades de saúde e, especificamente, na atuação da enfermagem para as necessidades de cuidado de enfermagem dos usuários e da população da área da abrangência dos respectivos serviços de saúde. O gerenciamento do cuidado refere-se às ações gerenciais com foco nos usuários dos serviços, com ações gerenciais que não têm os fins em si mesmos, mas que são executadas para qualificar a assistência e o cuidado de enfermagem, articuladas às atividades de assistência e cuidado.

Diante da complexidade em que se encontram os enfermeiros e a equipe de saúde, num imbricado processo, é que a prática de enfermagem será estudada, ou seja, o trabalho dos enfermeiros será compreendido a partir de sua inserção no processo de trabalho desenvolvido nas Unidades de Pronto Atendimento.

3.4 O SABER OPERANTE NAS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM

O trabalho de enfermagem, entre outros aspectos, é constituído por tarefas e procedimentos, sendo as técnicas e os princípios científicos os instrumentos de trabalho dominantes. Os saberes e as práticas da enfermagem não são os produtos somente do cientificismo técnico e o produto da enfermagem tomado isoladamente. O seu saber é histórico e, assim sendo, contempla a estrutura organizacional e política dos serviços de saúde e a estrutura social do país, na dinâmica das relações econômicas, políticas e ideológicas. O profissional enfermeiro utiliza seu saber como instrumental para assistir e gerenciar o processo, para o cuidado aos usuários, objeto de seu trabalho.

A complexidade do saber que vai direcionar o que cabe ao enfermeiro realizar é proveniente do próprio desenrolar da prática de enfermagem no conjunto das práticas de saúde, pois a função peculiar do enfermeiro é dar assistência ao indivíduo doente ou sadio, ou desempenhar atividades que contribuam para manter a saúde ou para recuperá-la (ALMEIDA, 1997).

As técnicas foram os primeiros saberes que instrumentalizaram o processo de trabalho da enfermagem moderna. Seguindo as mudanças da sociedade, a técnica também necessitou evoluir, pois a tecnologia se modifica e se transforma de forma rápida, o que impulsiona os profissionais da área para se atualizarem, incluindo aí o enfermeiro, que necessita estar informado a respeito das mudanças, pois além de realizar as suas funções, tem que estar em condições de orientar os profissionais que estão sob sua responsabilidade técnica e administrativa.

A técnica é um instrumento de ligação do enfermeiro com o usuário, e é utilizada para prestar os cuidados baseados tanto no conhecimento científico como também no respeito às normas éticas e humanísticas. Para Almeida; Rocha (1986), as técnicas estiveram sempre presentes nos cuidados de enfermagem e eram tidas como a arte da enfermagem.

Segundo Almeida (1997) em relação à construção do corpo de conhecimentos específicos da enfermagem, muitas teorias expressam a formalização da organização das ações para a prestação do cuidado, mais do que, propriamente, teorizar sobre o cuidado. A enfermagem deve se organizar, como processo, para dar resposta às necessidades de saúde do ser humano. Assim, o cuidado, é conceituado do ponto de vista de uma abordagem interna da saúde, privilegiando o equilíbrio e a interação das partes, sendo este homem um ser bio-psico-social em intercessão com o meio ambiente, perdendo dessa maneira, sua historicidade e concretude, passando a ser universal.

Segundo Mendes Gonçalves (1994), o termo tecnologia se refere aos nexos técnicos estabelecidos no interior do processo de trabalho, ou seja, aos nexos entre a atividade e o objeto de trabalho, através dos instrumentos, salientando a abrangência da tecnologia para além dos instrumentos materiais.

A partir das contribuições de Koerich (2006), pode-se dizer que o trabalho tecnológico é intencional e racional, envolvendo raciocínio teórico e prático, conhecimentos sistemáticos e especializados. O resultado é alcançado mediante um planejamento eficiente e o uso cuidadoso de ferramentas. Para Mendes Gonçalves (1994), produzir tecnologia não diz respeito exclusivamente a equipamentos, máquinas e instrumentos, mas, também, saberes

(científicos e empíricos) acumulados para a geração de produtos e para organizar as ações humanas nos processos produtivos, até mesmo em sua dimensão inter-humana.

Peduzzi (2007) destaca que o estudo sobre o processo de trabalho em saúde enfoca a valorização do julgamento da esfera técnica e tecnológica das práticas de saúde, à medida que expressam a dinâmica de organização da sociedade e os valores que a sustentam, reiterados no trabalho do dia-a-dia dos enfermeiros pela própria intervenção técnica e tecnológica.

O sentido contemporâneo de tecnologia, portanto, diz respeito aos recursos materiais e imateriais dos atos técnicos e dos processos de trabalho, sem, contudo, fundir estas duas dimensões. A tecnologia se constitui de um conjunto de ferramentas, entre elas as ações de trabalho, transformadoras da natureza. Sendo assim, além dos equipamentos, devem ser incluídos os conhecimentos e ações necessárias para operá-los: o saber e seus procedimentos.

Mendes Gonçalves (1992) destaca que o saber, ao expressar a intermediação entre ciência e trabalho, remete à dimensão tecnológica deste. Formula, então, o saber como o recurso que põe em movimento os demais componentes do processo de trabalho. Configura-se o saber operante ou tecnológico, originado ‘no’ e ‘através do’ processo de trabalho, fundamentando a intervenção em saúde.

Na prática cotidiana do trabalho, o saber operante é utilizado como mediador entre o objeto, os instrumentos e a atividade do trabalho (MENDES GONÇALVES, 1994), estabelecendo relações entre os conhecimentos científicos, os saberes e as dimensões ético-políticas de ambos. O saber operante, portanto, significa conhecer internamente como se realiza cada ação do trabalho e conhecer o projeto do conjunto de ações realizadas.

Ainda segundo o autor, a primeira função do saber no trabalho diz respeito à apreensão do objeto de trabalho, que não está disposto na natureza ou na vida social, independente da ação humana, mas deve ser reconhecido pelo olhar do trabalhador. Um saber que consiste em generalizações estruturadas obtidas a partir da prática, que expressam sua materialidade sob formas diversas, tanto nos instrumentos como nos discursos. Essa apreensão consiste na identificação de suas características que permitam a visualização do produto final, antevisto nas finalidades do trabalho.

Assim, o saber se caracteriza como instrumento de trabalho imaterial configurado na dimensão tecnológica, e o trabalhador em saúde detêm um saber (em diferentes graus de complexidade) que fundamenta sua ação e delinea o seu objeto de intervenção.

No entanto, considerando o conhecimento como um instrumento para o trabalhador, é necessário habilitá-lo para a atividade técnica, pois o saber não tem existência como fato em si. Segundo Leopardi (1999) faz-se necessário buscar a sua objetivação em algo concreto,

como em um determinado modo de fazer algo, enquanto estratégia de trabalho, ou numa técnica, como sua operacionalização, ou ainda nas formas tecnológicas materiais.

Historicamente, na institucionalização da enfermagem enquanto profissão ocorre a conformação de um saber técnico específico da área. A primeira forma organizada do saber na enfermagem é constituída pelas técnicas de enfermagem. Nos estudos do processo de trabalho, Almeida; Rocha (1986) partem do pressuposto que os agentes constroem teorias, e que esse saber guarda uma relação recíproca com as ações de enfermagem e, em conjunto, no cotidiano do trabalho, constitui o cuidado de enfermagem.

É na tensão constante entre saberes e a sua confrontação no sujeito cuidado, que se configura o espaço de liberdade, de criatividade e de complementaridade do cuidar. Assim, a ação cotidiana do enfermeiro constitui um cuidado resultante de um saber acumulado, de disciplinas que desvendam as relações humanas e o contato com o outro, mas, também, de experiências desenvolvidas nas práticas efetivas, aprendidas e desenvolvidas em serviço.

Neste delineamento a enfermagem pode ser considerada um elo que articula e relaciona a rede de ações complexas que fazem parte do cuidado no ambiente de emergência em suas condições múltiplas. Essas relações são facilitadas por atitudes e características exclusivamente humanas, levando-se em consideração as ações técnicas como a medicação, exames, a empatia e o diálogo entre o cuidador e o ser cuidado.

Nos serviços de saúde, o modelo biomédico, também chamado de modelo clínico, vem acompanhando os vários momentos históricos, mantendo-se hegemônico ao longo do tempo. Neste modelo de assistência, a distribuição do trabalho assistencial é dimensionada para concentrar o fluxo da assistência no profissional médico. A enfermagem surge como prática institucionalizada junto ao movimento do nascimento da clínica e do modo capitalista de produção; tem sua prática fortemente influenciada em seus instrumentos e objeto de trabalho (ALMEIDA, 1997).

A clínica foi elaborada, segundo Mendes Gonçalves (1994) com uma concepção de saúde que está inteiramente contida nos limites físicos, químicos e biológicos do corpo humano, e essa concepção mostrou-se capaz de instrumentalizar tecnicamente (internamente) o processo de trabalho, ao mesmo tempo em que o instrumentaliza socialmente (ou seja, externamente). Assim, a dimensão biológica condiciona o processo de trabalho em saúde subordinando a satisfação das necessidades demandadas a essa dimensão. Essa subordinação se configura nas finalidades que o trabalhador propõe como fio condutor de sua atividade.

Mendes Gonçalves (1994) ressalta que uma das características mais importantes da clínica é a individualização do normal e do patológico ao nível do corpo do homem indivíduo

biológico, que leva à ruptura das conexões sociais do homem, o que influencia na concepção de serviços de saúde pela esfera produtiva, que tende a ser compreendida, ancorada na ciência e, por extensão, configurada nos seus instrumentos de trabalhos materiais.

As descrições da enfermagem em todo o mundo demonstram que a qualificação do pessoal de enfermagem e suas atividades diferem densamente de um local para outro. Rocha; Almeida (2007) referem que, em todo o mundo, a natureza e a prática da enfermagem são influenciadas pela realidade que compreende a política, a economia e a cultura e essa realidade difere de país para país, de região para região.

Segundo Peduzzi (2007) as práticas em saúde influenciadas pela hegemonia do modelo biomédico, adotam o saber e o respectivo objeto de trabalho, pautadas no saber clínico, que desempenha papel principal na organização e distribuição dos serviços de saúde.

Na concepção de Marques; Lima (2007) o desenho tecno-assistencial da organização dos processos de trabalho no modelo clínico se configura com divisão inflexível de tarefas e desvalorização dos conhecimentos e das vivências dos trabalhadores, levando à alienação e à conseqüente desresponsabilização pelo atendimento, com prejuízos aos usuários.

Peduzzi (2007) ressalta que embora a normatividade do trabalho sempre imponha um conjunto de limites, os trabalhadores em saúde não estão inevitavelmente fadados à configuração dominante do processo de trabalho, podendo imprimir mudanças com base na sua atuação, que envolve tanto a dimensão técnica e tecnológica como a dimensão interativa e intersubjetiva do processo de trabalho.

Nessa dinâmica, os profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, podem tanto reproduzir a forma de apreensão das necessidades de saúde e os modos como os serviços se organizam para atendê-las, como buscar criar espaços de mudança em que se possam identificar necessidades e as intervenções correspondentes, bem como os modos de trabalhar e organizar os serviços de saúde (MARQUES; LIMA, 2007).

Os estudos do processo de trabalho em saúde valorizam a presença expressiva de seus agentes como sujeitos formuladores do saber operante ou do saber tecnológico que fundamenta as ações executadas frente à interpretação das necessidades de saúde, trazidas pelo usuário e pela população e o saber prático que consiste no próprio saber tecnológico, que se testa e se enriquece no exercício profissional cotidiano. Nesse processo, o trabalhador cria inovações em todo ato prático, ao mesmo tempo em que reitera a técnica naquilo que ela tem estabelecido (PEDUZZI, 2007).

Gomes; Oliveira (2008) destacam o desafio de permitir que as características essenciais da enfermagem permaneçam frente às mudanças tecnológicas experimentadas na

área da saúde que ocorreram em um curto espaço de tempo. Essas mudanças têm apresentado o modelo biomédico como sendo aquele adotado pelas instituições de saúde, por sua resolutividade, seu retorno imediato e, normalmente, sua economia em relação ao tempo.

De acordo com Mendes (2010), para o enfermeiro exercer seu saber é necessário que ele tome posse de autonomia, nas interações e ações junto ao usuário, configurando-se como uma competência que se articula como uma forma de poder, mediado pela sua autonomia clínica. Marques; Lima (2007) relatam que o saber é uma ferramenta importante para o estabelecimento da autonomia profissional, visto que um novo saber abre possibilidades de relações de poder, o qual não será possível ser exercido sem a sua sustentação. Nesses termos, a qualidade do trabalho prestado pelos enfermeiros aos usuários está na combinação entre autonomia profissional e definição de responsabilidades, baseadas nas características do processo de trabalho em saúde.

Nesse delineamento, entendendo que o processo de trabalho dos enfermeiros em Unidades de Pronto Atendimento é conformado por saberes, e por meio deles apreendem as necessidades dos usuários que demandam por este cuidado, propõe-se neste estudo a análise da organização tecnológica do trabalho dos enfermeiros nas Unidades de Pronto atendimento, por meio da dimensão tecnológica presente no saber operante, que tem origem no e pelo processo de trabalho em saúde e fundamenta a intervenção profissional.

Com esta aproximação, o debate em torno do processo de trabalho tem se mostrado importante para a compreensão da organização da assistência à saúde, particularmente quando se discute a organização tecnológica do trabalho dos enfermeiros em Unidades de Pronto Atendimento.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

A pesquisa de métodos mistos, do tipo explanatório sequencial, foi utilizada como estratégia metodológica nesta investigação. A pesquisa de métodos mistos associa as abordagens quantitativa e qualitativa, de modo que a força geral do estudo seja maior do que a pesquisa qualitativa ou quantitativa isolada (CRESWELL, 2010).

Do ponto de vista metodológico, não há contradição entre a investigação quantitativa e qualitativa, e nenhuma das duas abordagens é mais científica do que a outra. Ambas são de natureza diferente. A primeira tem como campo de práticas e objetivos trazer à luz dados, indicadores e tendências observáveis, classificando-as, a partir de variáveis. A segunda trabalha com valores, crenças, representações, hábitos, atitudes e opiniões, adequando-se a aprofundar a complexidade de fenômenos, fatos e processos particulares e específicos de grupos (MINAYO; SANCHES, 1993).

A abordagem quantitativa permitiu analisar as características do processo de trabalho dos enfermeiros que atuam nas UPA. A abordagem qualitativa possibilitou apreender a realidade e compreender o trabalho dos enfermeiros no cotidiano desses serviços. A combinação de métodos favoreceu a observação e identificação de vários elementos, de forma sequencial, a fim de explicar e compreender o contexto onde os fenômenos se desenvolveram.

A utilização dos métodos mistos do tipo explanatório sequencial (CRESWELL, 2010), caracterizou-se pela coleta e análise de dados quantitativos por meio de questionário, seguida pela fase de coleta e análise de dados qualitativos, por meio de observação por amostragem de eventos. Assim, os dados qualitativos foram utilizados para complementar a compreensão dos dados quantitativos, ratificando ou contrapondo os resultados oriundos do questionário.

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

A Rede de Atenção às Urgências e Emergências de Porto Alegre é composta por quatro Unidades de Pronto Atendimento, o Serviço Móvel de Atendimento às Urgências (SAMU), dois hospitais públicos e 12 hospitais conveniados para o atendimento às urgências.

O estudo foi realizado nas quatro Unidades de Pronto Atendimento (UPA), localizadas em quatro gerências distritais do município. Os nomes das referidas unidades

foram omitidos de forma a não serem identificadas no texto, sendo denominados UPA1, UPA2, UPA3 e UPA4.

Quadro 1 – Caracterização das Unidades de Pronto Atendimento estudadas

UPA	Características	Atendimento	Serviços da Gerência Distrital
UPA 1	- Pronto-socorro geral - Administração pública - Atendimento contínuo 24 horas, em regime de plantão - 156 funcionários	- Média e Alta complexidade ambulatorial - Atendimento ambulatorial - Atendimento de urgência - Demanda espontânea e referenciada - Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia	- 21 Unidades de Estratégia de Saúde da Família - 1 Centro de Saúde - 5 Unidades Básicas de Saúde - 1 UPA
UPA 2	- Pronto-socorro geral e especializado - Administração pública - Atendimento contínuo 24 horas, em regime de plantão - 340 funcionários	- Alta e Média complexidade ambulatorial - Atendimento ambulatorial - Atendimento de urgência - Demanda espontânea e referenciada - Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia - 14 leitos de clínica geral, 18 leitos de pediatria clínica e 15 leitos de psiquiatria	- 19 Unidades de Estratégia de Saúde da Família - 2 Centros de Saúde - 9 Unidades Básicas de Saúde - 1 UPA
UPA 3	- Pronto-socorro geral - Administração pública - Atendimento contínuo 24 horas, em regime de plantão - 64 funcionários	- Alta e Média complexidade ambulatorial - Atendimento ambulatorial - Atendimento de urgência - Demanda espontânea e referenciada - Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia	- 15 Unidades de Estratégia de Saúde da Família - 12 Unidades Básicas de Saúde - 1 UPA
UPA 4	- Unidade de centro de saúde/unidade básica - Esfera administrativa privada - Gestão municipal - 66 funcionários	- Atenção Básica e Média complexidade ambulatorial - Atendimento ambulatorial - Atendimento de urgência - Demanda espontânea - Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia	- 7 Unidades de Estratégia de Saúde da Família - 4 Unidades Básicas de Saúde - 1 UPA

Fonte: Coleta de dados, 2010

4.3 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada em duas etapas: quantitativa e qualitativa. Na etapa quantitativa foi utilizado o questionário como técnica de coleta de dados, já, na etapa qualitativa, foi utilizada a técnica de observação por amostragem de eventos.

Na fase de entrada em campo, a pesquisadora compareceu às unidades com a finalidade de entregar uma cópia do projeto de pesquisa e expor às Coordenadoras de Enfermagem, a intenção de realizar a coleta de dados. Nessa ocasião, foi realizada uma visita em cada uma das unidades, de modo a propiciar familiaridade com o ambiente, conhecimento

das áreas físicas e estabelecimento do primeiro contato com os enfermeiros. Obtendo-se a concordância das Coordenadoras de Enfermagem, procedeu-se à organização do cronograma para entrega dos questionários aos enfermeiros.

A coleta dos dados por meio dos questionários foi realizada pela pesquisadora, contando com a colaboração de uma bolsista de iniciação científica, que foi orientada para essa atividade.

A seguir serão descritas as etapas desenvolvidas para a coleta de dados.

4.3.1 Etapa Quantitativa – Questionário

Os questionários se configuram como dispositivos normatizados e padronizados, que captam a presença ou ausência de determinada característica ou atributo no indivíduo, permitindo medir a magnitude com que essa característica ou atributo se distribui naquele grupo. Essas semelhanças e diferenças são avaliadas em termos de significância estatística (SOUZA et al., 2005).

Vieira (2009) descreve o questionário como um instrumento de pesquisa constituído por uma série de questões sobre determinado tema. É apresentado aos respondentes do estudo, para que preencham e devolvam o questionário ao pesquisador, que posteriormente transformará esses dados em estatística.

O questionário (Apêndice A) foi elaborado pela pesquisadora, devido a não disponibilidade de instrumentos de coleta validados para este objeto de estudo, na literatura nacional e internacional. Para a elaboração do questionário, procedeu-se a uma revisão de literatura sobre o trabalho dos enfermeiros nos serviços de pronto atendimento, incluindo os aspectos contemplados na Política Nacional de Atenção às Urgências (BRASIL, 2003), e os elementos que constituem o processo de trabalho, conforme descritos no referencial teórico que fundamenta o estudo.

O questionário foi composto de 104 variáveis, sendo estruturadas em duas partes: a primeira com 10 variáveis qualitativas, que identificaram o perfil dos sujeitos em estudo; e a segunda com 94 variáveis quantitativas sobre as atividades assistenciais e de prevenção à saúde, as atividades assistenciais que contribuem no trabalho da equipe nas situações de urgência, as atividades de gerenciamento que configuram o trabalho do enfermeiro. Questionou-se, ainda, a finalidade do trabalho, os instrumentos utilizados para desenvolvimento do trabalho, os resultados do trabalho identificados pelos enfermeiros e as

principais dificuldades para o desenvolvimento do trabalho do enfermeiro nas Unidades de Pronto Atendimento.

As questões fechadas do questionário exigiram respostas numéricas (quantitativas), com alternativas estruturadas pela escala de prioridades pré-estabelecidas de Likert (VIEIRA, 2009). Foram utilizados dois escalonamentos para repostas, que expressavam frequência e concordância, de acordo com o conteúdo de cada questão.

Quatro perguntas utilizaram-se da expressão de frequência, ambas expressas por palavras: **nunca**, **raramente** (menos de 1 vez na semana), **eventualmente** (até 1 vez por semana), **frequentemente** (até 3 vezes por semana), **muito frequentemente** (mais de 5 vezes na semana).

Cinco perguntas do questionário utilizaram a expressão de concordância como opção de resposta: **discordo totalmente** (significa que não aplica o fundamento descrito); **discordo parcialmente** (significa que não aplica o fundamento descrito em sua maioria); **indeciso** (significa que existem dúvidas se o fundamento é aplicado em sua maioria ou minoria); **concordo parcialmente** (significa que o fundamento descrito na afirmação é aplicado na sua maioria), e **concordo totalmente** (significa que aplica totalmente o fundamento descrito na afirmação).

Para o escalonamento das opções de respostas, foram utilizadas cinco alternativas, sendo atribuído 1, para as respostas de menor valor e 5, para as respostas mais favoráveis ou de maior frequência.

Foi utilizado o questionário no formato auto-aplicável, segundo Vieira (2009), de forma que as respostas foram coletadas em formato padrão, para facilitar a análise e garantir que o entrevistador não influenciaria na resposta.

Para validação do questionário e garantia da sua consistência interna foi realizado um pré-teste com quatro enfermeiros de uma Unidade de Pronto Atendimento de outro município. A avaliação do pré-teste incluiu a análise da proporção de respostas que não obtiveram o entendimento por parte dos respondentes, a identificação de respostas que se mostraram difíceis, ambíguas ou mal formuladas, além de comentários importantes, feito pelos respondentes sobre ausência ou excesso de determinados temas. Logo após, o questionário foi revisado e efetuaram-se adequações, no entanto, não foi necessário repetir o pré-teste, visto que não houve alterações na estrutura geral do questionário.

A aplicação do questionário ocorreu entre os meses de junho a setembro de 2010. Foram convidados a responder o questionário os 54 enfermeiros que atuavam nas quatro Unidades de Pronto Atendimento de Porto Alegre. Foram agendados, previamente, encontros

com os sujeitos para entrega dos questionários, na unidade de saúde onde trabalha o profissional, dando a liberdade do mesmo permanecer mais tempo com o instrumento, com retorno posterior ao pesquisador, a partir de agendamento para o recolhimento.

Os respondentes foram 47 enfermeiros, conforme apresentado no Quadro 1. Dos sete enfermeiros que não responderam ao questionário, cinco se recusaram a participar da pesquisa, um estava em licença de saúde e o outro estava em férias.

Quadro 2 - Enfermeiros participantes do estudo por Unidade de Pronto Atendimento

UPA	TOTAL DE ENFERMEIROS	PARTICIPANTES DO ESTUDO	% PARTICIPANTES
UPA 1	13	13	100%
UPA 2	25	22	88%
UPA 3	10	06	60%
UPA 4	06	06	100%
TOTAL	54	47	87,03%

Fonte: Coleta de dados, 2010

Houve aceitação de 87,03 % dos enfermeiros para participação na etapa quantitativa do estudo. Na UPA1 e UPA4 todos os enfermeiros responderam o questionário. Na unidade que concentra o maior número de enfermeiros e oferta uma diversidade de serviços, a UPA 2, o número de respondentes correspondeu a 22 (46,8%) da composição da amostra.

O grupo de respondentes ficou composto por 05 homens e 42 mulheres, com idade entre 25 e 56 anos, com média de idade de 43 anos. A maioria dos enfermeiros 95% tinha entre 34 - 53 anos e 14 enfermeiros (29,7%) possuíam idade de 50 anos ou mais. Referente ao tempo de atuação na UPA, 95% dos enfermeiros atua de 1,6 anos até 13,8 anos. Possuem em média 7,7 anos de atuação, variando de um mês a 21 anos.

Quanto à formação complementar, 30 (63,8%) enfermeiros possuem formação *latu senso*, 3 (6,4%) possuem formação *stricto senso* em nível de mestrado e 13 (27,7%) não possuem cursos de pós-graduação. Quanto ao tempo de formação complementar em pós-graduação, 5 enfermeiros (10,6%) concluíram há 1 ano, 7 (14,9%) concluíram entre 2 e 5 anos, 3 (6,4%) concluíram de 6 a 10 anos, 6 (12,8%) concluíram de 11 a 15 anos, 7 (14,9%) concluíram há mais de 15 anos, 1 (2,1%) está em curso.

4.3.2 Etapa Qualitativa – Observação

A técnica utilizada na etapa qualitativa constituiu-se na observação por amostragem de eventos. Os métodos de amostragem de observação propiciam um mecanismo para a obtenção de exemplos representativos dos comportamentos observados (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004). Por esse motivo, foi utilizada a observação após a aplicação do questionário, para possibilitar ao pesquisador o conhecimento da ocorrência dos eventos selecionados a partir das respostas dos questionários.

A observação foi utilizada devido à possibilidade de se captar uma variedade de situações às quais não se teve acesso somente por meio dos questionamentos realizados aos enfermeiros. Com base em Mendes Gonçalves (1994), a observação direta do processo de trabalho em operação viabiliza o esclarecimento de sua lógica interna, pois permite acompanhar e registrar os movimentos, os discursos e as ações dos trabalhadores, suas relações recíprocas, as relações mantidas com o objeto de trabalho e como se processa a produção de serviços de saúde.

A observação visou à captação de uma série de eventos, bem como uma aproximação do cotidiano de trabalho dos enfermeiros. Foram selecionados comportamentos ou eventos integrais para observação, a partir das categorias prévias do instrumento quantitativo, que foram baseadas nos momentos do processo de trabalho em saúde.

A observação foi realizada na UPA 1, que foi selecionada de forma intencional, considerando-se que apresenta características compatíveis quanto aos aspectos físicos, organizacionais e de oferta de serviços de saúde propostas pela Política Nacional de Atenção às Urgências.

Para essa etapa de coleta de dados, obteve-se autorização da Coordenadora da Unidade, de forma que os enfermeiros foram comunicados da presença da pesquisadora no campo. Os enfermeiros demonstraram receptividade e interesse pelo estudo.

A observação foi realizada no período de outubro a dezembro de 2010, logo após a aplicação dos questionários. Foram observadas as atividades de 10 enfermeiros na unidade de pronto atendimento selecionada, durante 58 horas, divididas em 10 períodos, nos turnos da manhã, tarde e início do plantão noturno (até 21 horas).

Foi utilizado um roteiro para observação, tendo como foco os seguintes eventos: acolhimento/classificação do risco dos usuários, realização de procedimentos, avaliação e monitorização clínica do usuário, dúvidas/orientações relacionadas aos cuidados para os usuários/familiares, auxílio à equipe em urgências, organização da ficha de atendimento,

supervisão de procedimentos e orientações à equipe de enfermagem, elaboração de escalas de atividades, preparo de material e das salas, controle de materiais (controle de estoque; provisão de materiais), equipamentos e medicamentos, desenvolvimento da evolução de enfermagem no prontuário (Apêndice B).

O diário de campo foi utilizado para registro das informações obtidas sobre os eventos observados e conversas ocorridas, a partir das situações de atendimento e participação do enfermeiro com a equipe de trabalho nessas situações. As anotações foram registradas de forma mais abrangente e interpretativa do que uma simples enumeração das ocorrências, pois segundo Polit; Beck; Hungler (2004), durante a observação de um fato, o pesquisador já registra algumas análises sobre o acontecimento.

O registro no momento em que os eventos aconteciam se tornou difícil, pois comprometia a interação com o grupo. Dessa forma, optou-se por realizar anotações breves durante o período de observação, deixando para fazer os relatos detalhados logo após a saída do campo. Os registros das observações foram digitados, logo depois da coleta, o que permitiu a inclusão de detalhes dos fatos descritos. As observações foram codificadas e apresentadas neste texto como **OBS**, numa sequência numérica de OBS1 a OBS10.

4.4 ANÁLISE DOS DADOS

4.4.1 Análise Quantitativa

A sistematização das informações resultou na construção de um banco de dados no programa *Excel*, utilizando-se codificação, digitação e correção. Gomes, et al. (2005), ressaltam que essa sistematização possibilita a apuração das informações de maneira rápida, precisa e eficiente.

Os resultados quantitativos da pesquisa foram analisados por meio da técnica de estatística descritiva. Foram usadas Tabelas de frequência e medidas descritivas como média, desvio-padrão, valor mínimo e máximo. As análises foram realizadas no Programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 16.0. Os resultados serão apresentados pelo número absoluto, acompanhado do percentual.

Foram estudadas as seguintes variáveis: atividades assistenciais e gerenciais desenvolvidas pelos enfermeiros, as situações urgentes demandadas nas Unidades de Pronto atendimento, finalidade do trabalho dos enfermeiros, instrumentos de trabalho utilizados pelos

enfermeiros, classificação de risco como instrumento de trabalho, produto do trabalho dos enfermeiros, dificuldades para o desenvolvimento do trabalho.

No Quadro 3 são apresentadas as 94 variáveis quantitativas que compõem o questionário.

Quadro 3 - Distribuição das variáveis quantitativas do questionário

Variáveis	Qtd
Atividades Assistenciais desenvolvidas	15
Atividades Gerenciais desenvolvidas	13
Situações Urgentes demandadas nas Unidades de Pronto Atendimento	11
Finalidade do Trabalho dos Enfermeiros	09
Instrumentos de Trabalho utilizados pelos Enfermeiros	15
Classificação de Risco como instrumento de trabalho	11
Produto do Trabalho dos Enfermeiros (resultados)	05
Dificuldades para o desenvolvimento do trabalho	15

Fonte: Pesquisa direta, questionário, 2010

4.4.2 Análise Qualitativa

Os dados qualitativos foram tratados pela técnica de análise de conteúdo temática (MINAYO, 2010). Esse tipo de análise busca identificar a presença de determinados temas que compõem a comunicação e interpretar seus significados. Para tanto, são organizadas categorias de fragmentação da comunicação, segundo critérios de classificação.

As fases para a realização da análise temática compreenderam a pré-análise, a fase de exploração do material e, o tratamento dos dados e interpretação.

A fase da pré-análise consistiu na escolha dos materiais a serem analisados e na retomada dos objetivos e hipóteses da pesquisa. Assim, foi feita a leitura do diário de campo e partiu-se para a classificação dos dados, por meio de leitura flutuante, para identificar aspectos relevantes para discussão dos resultados.

A fase de exploração do material consistiu de uma operação classificatória e de agregação dos dados, buscando a compreensão do núcleo dos trechos da observação, para discussão das categorias temáticas definidas a priori, com base no referencial teórico adotado. Assim, a classificação das categorias foi estruturada a partir dos momentos do processo de trabalho e definida pela análise dos dados quantitativos, visto que a estrutura metodológica utilizada propõe o formato sequencial de coleta e análise de dados.

A fase final consistiu no tratamento dos resultados e interpretação, a partir da articulação entre o material empírico estruturado e o referencial teórico do estudo.

4.4.3 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Para apresentação dos resultados foi realizado o agrupamento dos dados quantitativos e qualitativos, com a finalidade de associar as duas abordagens, obtendo-se a complementação dos dados, organizados em quatro núcleos: trabalho dos enfermeiros; finalidade do trabalho dos enfermeiros; instrumentos de trabalho dos enfermeiros e os desafios e perspectivas do trabalho do enfermeiro nos serviços de Pronto Atendimento.

Foram elaborados quadros para ilustrar a sistematização da análise por núcleo, categorias temáticas e variáveis, que são apresentados na sequência.

Quadro 4 - Trabalho dos enfermeiros nas Unidades de Pronto Atendimento

NÚCLEOS	CATEGORIAS	VARIÁVEIS
TRABALHO DOS ENFERMEIROS NAS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO	- Dimensão Assistencial do Trabalho	<ul style="list-style-type: none"> - Acolhimento com Classificação do Risco dos usuários - Atividades de prevenção à saúde - Realização de procedimentos - Atendimento às urgências demandadas - Avaliação e monitorização clínica do usuário - Desenvolvimento da Evolução de Enfermagem no prontuário - Auxílio à equipe em urgências - Dúvidas/orientações relacionadas aos cuidados com os usuários/familiares
	- Dimensão Gerencial do Trabalho	<ul style="list-style-type: none"> - Organização da ficha de atendimento - Supervisão de procedimentos e orientações à equipe de enfermagem - Elaboração de escalas de atividades - Preparo de material e das salas - Provisão de materiais, controle de materiais e estoque

Fonte: Coleta de dados, 2010

Quadro 5 - Finalidade do trabalho nas Unidades de Pronto Atendimento, segundo a concepção dos enfermeiros

NÚCLEO	CATEGORIAS	VARIÁVEIS
FINALIDADE DO TRABALHO DOS ENFERMEIROS NAS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO	Assistência aos usuários	<ul style="list-style-type: none"> - Encaminhamento a níveis adequados de assistência - Atendimento clínico do usuário - Assistência ao usuário em situação de urgência - Recuperação da saúde tratando doenças e/ou agravos - Coordenar os serviços da equipe de enfermagem - Melhorar acesso aos serviços saúde, com classificação do risco - Identificação de riscos e vulnerabilidade - Superação da prática tradicional, ampliação da escuta

		<ul style="list-style-type: none"> -Resposta ao problema, conjugando necessidades e serviços - Mudança de foco, da doença para o sujeito doente
--	--	---

Fonte: Coleta de dados, 2010

Quadro 6 - Instrumentos de trabalho dos enfermeiros nas Unidades de Pronto Atendimento

NÚCLEO	CATEGORIAS	VARIÁVEIS
<p>INSTRUMENTOS DE TRABALHO DOS ENFERMEIROS NAS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO</p>	<p>Tecnologias do cuidado e os Saberes tecnológicos</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Escuta e acolhimento - Julgamento clínico e tomada de decisão clínica - Equipamentos para realizar procedimentos Protocolo Classificação de Risco do Ministério da saúde - Outros protocolos de Classificação de Risco; - Processo de enfermagem para o atendimento de urgências - Habilidades para distinguir problemas, identificação de riscos e agravos - Política Nacional de Atenção as Urgências - Política Nacional de Humanização - Teorias administrativas e de enfermagem - Resolução que constituiu as unidades de pronto atendimento - Conhecimentos oriundos da equipe de saúde - Conhecimento clínico - Conhecimento epidemiológico - Conhecimentos oriundos da comunidade - Associação de achados científicos ao contexto da prática

Fonte: Coleta de dados, 2010

Quadro 7 - Desafios e perspectivas do trabalho dos enfermeiros nos serviços de Pronto Atendimento

NÚCLEO	CATEGORIAS	VARIÁVEIS
<p>DESAFIOS E PERSPECTIVAS DO TRABALHO DOS ENFERMEIROS NAS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO</p>	<p>Dificuldades para o desenvolvimento do trabalho</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Dificuldade de manuseio das tecnologias disponíveis, dificuldades metodológicas relativas à identificação, avaliação e intervenção no desfecho da prática, falta de protocolos institucionais e o uso incorreto de protocolos de enfermagem - Dificuldades em diferenciar manifestações clínicas e déficit de conhecimento sobre a clínica - Sobrecarga de trabalho devido ao sub-dimensionamento da equipe, indisponibilidade de pessoal de apoio e o volume de atendimento na unidade - Resolução de problemas que nem sempre apresentam relação com seu trabalho - Dissociação entre o preconizado no ensino formal e o realizado no trabalho cotidiano, a não aplicação de um método científico que instrumentalize a prática do enfermeiro e o distanciamento entre as evidências da investigação e a prática clínica -Exercício gerencial do enfermeiro com

		vinculação acentuada às normas estabelecidas -Falta de motivação
--	--	---

Fonte: Coleta de dados, 2010

4.5 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

O estudo foi desenvolvido com respeito às normas da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil (BRASIL, 1996).

A pesquisa está inserida no macro projeto “Estruturação da Rede de Urgências para atendimento as Urgências no Município de Porto Alegre” aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa nº498 processo nº 001.020247.10.9 (Anexo A).

Para coleta de dados, foi solicitada a concordância das Coordenadoras de Enfermagem das Unidades de Pronto Atendimento.

No momento da entrega dos questionários os enfermeiros assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C), em duas vias, permanecendo uma delas com o participante da pesquisa. Nesse documento constaram todas as informações referentes ao estudo, assegurando aos sujeitos da pesquisa as prerrogativas de acesso aos dados coletados, à preservação do anonimato, bem como a possibilidade de retirar-se do processo da pesquisa no momento em que desejasse, sem nenhum risco ou constrangimento.

Para garantia do anonimato, não foram identificadas as pessoas e as unidades às quais pertenciam. Os registros em diário de campo e os formulários dos questionários serão guardados por cinco anos, até serem destruídos.

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A apresentação e a discussão dos resultados têm como fio condutor as interpretações teóricas identificadas na literatura sobre o processo de trabalho em saúde e enfermagem. Buscou-se a compreensão sobre o que vem a ser cada elemento constitutivo do processo de trabalho no cenário das unidades de pronto atendimento de Porto Alegre: o objeto, a finalidade, os instrumentos e os saberes que permitem operar esses instrumentos para a produção do cuidado. Entende-se que no processo de trabalho ocorre a transformação de um determinado objeto em um produto, por meio da intervenção do agente que, para fazê-lo, emprega instrumentos.

Dessa forma, caracterizou-se o processo de trabalho por meio das atividades desenvolvidas pelos enfermeiros nas unidades de pronto atendimento, pelo conjunto de instrumentos e dos saberes tecnológicos utilizados para o atendimento, identificando-se a finalidade e os resultados obtidos com esse trabalho.

5.1 O TRABALHO DOS ENFERMEIROS NAS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO

O processo de trabalho dos enfermeiros, na concepção de Rossi; Silva (2005) está organizado essencialmente por duas dimensões complementares: assistencial e gerencial. Na dimensão assistencial do trabalho, os enfermeiros tomam como objeto de intervenção as necessidades de cuidado de enfermagem e tem por finalidade o cuidado integral; na dimensão gerencial o objeto de trabalho é a organização do trabalho e os recursos humanos em enfermagem, com a finalidade de criar e implementar condições adequadas à produção do cuidado e de desempenho da equipe de enfermagem.

Assim, considerando-se essa concepção teórica, são apresentados e discutidos os resultados relacionados às dimensões assistencial e gerencial do trabalho dos enfermeiros.

5.1.1 A Dimensão Assistencial do Trabalho dos Enfermeiros nas Unidades de pronto Atendimento

A execução de ações de cuidado de enfermagem representa a dimensão assistencial do trabalho do enfermeiro e tem como objeto o cuidado ao indivíduo. Essa dimensão consiste

nos cuidados desempenhados pelos enfermeiros com ou para o usuário, na busca de satisfazer as necessidades demandadas.

O cuidado é constituído por um conjunto de ações de acompanhamento contínuo do usuário/população, no transcorrer das doenças ou ao longo dos processos sociovitais, visando à promoção, prevenção e recuperação da saúde (PEDUZZI; ANSEMI, 2002; ROSSI; SILVA, 2005).

Os resultados mostram as atividades assistenciais desenvolvidas pelos enfermeiros na realidade pesquisada, conforme ilustrado na Tabela 1.

Tabela 1: Atividades assistenciais desenvolvidas pelos enfermeiros das Unidades de Pronto Atendimento

Atividades Assistenciais			
Atividade	Resultado	Freq	%
Acolhimento com avaliação e classif. de risco	Muito freq (mais 5x sem.)	31	66,00%
Preenchimento dados clínicos no prontuário	Muito freq (mais 5x sem.)	29	61,70%
Verificação de dados vitais	Muito freq (mais 5x sem.)	24	51,10%
Glicemia capilar	Muito freq (mais 5x sem.)	24	51,10%
Anamnese avaliação clínica	Muito freq (mais 5x sem.)	24	51,10%
Registro da evolução de enfermagem	Muito freq (mais 5x sem.)	18	38,30%
Medicações	Muito freq (mais 5x sem.)	18	38,30%
Eletrocardiograma	Muito freq (mais 5x sem.)	17	36,20%
Sondagem nasogástrica	Frequente (até 3x semana)	15	31,90%
Sondagem vesical	Frequ./Event (até 1x sem.)	13	27,70%
Curativos	Eventualmente (até 1x sem.)	20	42,60%
Sondagem nasoentérica	Eventualmente (até 1x sem.)	17	36,20%
Gasometria arterial	Raramente (menos 1x sem.)	17	36,20%
Inalação	Raramente (menos 1x sem.)	13	27,70%
Manejo via aérea com máscara laríngea	Nunca	27	57,40%

Fonte: Coleta de dados, 2010.

Verifica-se que as atividades assistenciais citadas pelos enfermeiros como mais frequentes no seu processo de trabalho são o acolhimento com avaliação e classificação de risco (31-66%) e o registro dos dados clínicos em prontuários (29-61,70%).

Na sequência, tem-se a verificação de dados vitais e o exame de glicemia capilar (24-51%). Evidenciou-se, na mesma frequência, a realização da anamnese e avaliação clínica dos usuários (24-51,10%) seguida pela administração de medicações (18-38,3%), os registros da evolução da assistência (18-38,30%) e a realização de eletrocardiograma (17- 36,20%).

As atividades que os enfermeiros desenvolvem com frequência até três vezes na semana são a sondagem nasogástrica (15-31,9%) e a sondagem vesical (13-27,7%).

Essa última atividade apresentou, também, o mesmo percentual como uma atividade desenvolvida eventualmente (até uma vez na semana) pelos enfermeiros no pronto

atendimento. A realização de curativos em geral (20-42,6%) e a sondagem nasoentérica (17-6,2%) também foram apontadas como atividades eventuais no serviço.

As atividades que os enfermeiros desenvolvem raramente (menos de uma vez na semana) são a gasometria arterial (17- 36,2%) e as inalações (13-27,7%). O manejo de via aérea com máscara laríngea apresenta um percentual expressivo (27-57,4%) como uma atividade que nunca é desenvolvida pelos enfermeiros.

A significativa presença de atividades dos enfermeiros relacionadas ao acolhimento com avaliação e classificação de risco foi confirmada pelas informações obtidas na observação dos eventos.

Constata-se que os enfermeiros das unidades de pronto atendimento acolhem os usuários, avaliando suas queixas e necessidades e classificando-os para o atendimento conforme o grau de prioridade dos problemas.

Logo após o preenchimento do boletim de atendimento na recepção, a enfermeira atende uma criança, acompanhada pela mãe, na classificação de risco. Questionou a mãe sobre a sintomatologia da criança, e após a avaliação clínica, constatou saturação baixa e sinais de tiragem subclavicular. Imediatamente encaminhou a criança para a inalação, providenciando acomodação para mãe e para a criança. A classificação, com a cor amarela, significa que a criança poderia aguardar somente alguns minutos para ser atendida (OBS 10).

O enfermeiro recebe usuário desacordado na sala de observação, acomoda o usuário na cama. Conversa com familiar sobre situação ocorrida, verifica saturação de oxigênio e na sequência administra medicamentos em acesso venoso. Um técnico de enfermagem sob sua orientação providencia coleta de material para exames laboratoriais (OBS 7).

Identifica-se o comprometimento com a avaliação clínica no acolhimento com avaliação e classificação de risco, para priorização do atendimento de acordo com a indicação clínica. Resultados semelhantes aparecem no estudo de Shiroma; Pires (2011) sobre o acolhimento com avaliação e classificação de risco, considerado pelos enfermeiros como um novo modelo de reorganização do serviço que consiste em atender o usuário que procura o serviço, avaliando suas queixas e necessidades e classificando-o para o atendimento de acordo com o grau de prioridade.

A literatura que trata sobre o acolhimento com avaliação e classificação de risco tem se referido ao profissional enfermeiro como o executor desse processo. A atuação do enfermeiro no serviço de acolhimento e classificação de risco possibilita melhor gerenciamento de serviços de emergência, uma vez que contribui para garantir o acesso do paciente, diminuir o tempo de espera, diminuir o risco, e melhorar a qualidade do atendimento (PIRES, 2003).

Shiroma; Pires (2011) destacam o enfermeiro como o profissional mais habilitado para realizar a classificação de risco, pois possui conhecimentos teórico-práticos, maior manejo com sinais e sintomas e não com diagnóstico, e ainda, por estar envolvido com as políticas públicas e com a organização do ambiente de trabalho.

No Brasil, o acolhimento com classificação do risco vem sendo utilizado no sentido de refletir e mudar os modos de operar a assistência nas unidades de urgência, pois questiona as relações clínicas no trabalho em saúde, os modelos de atenção e gestão e as relações de acesso aos serviços. Isso implica estar atento tanto ao grau de sofrimento físico quanto psíquico, pois muitas vezes o usuário que chega sem sinais visíveis de problemas físicos, mas muito angustiado, pode estar mais necessitado de atendimento com maior grau de risco e vulnerabilidade (BRASIL, 2004).

A estrutura do acolhimento com avaliação de risco é uma das estratégias possíveis para qualificar o atendimento nas unidades de urgência, estabelecendo um equilíbrio entre a demanda de pacientes e os recursos disponíveis para atender suas necessidades, por meio da classificação dos casos (GARLET et al., 2009).

De acordo com Shiroma; Pires (2011) a avaliação com classificação de risco busca não somente a ordenação do atendimento ao usuário, mas também evitar que problemas de saúde sejam agravados se o atendimento for protelado.

Identificou-se que o enfermeiro está atento aos usuários que chegam ao serviço, antes mesmo que sejam encaminhados para a sala de classificação de risco.

Ao dar entrada no saguão do pronto atendimento uma jovem, rapidamente é encaminhada à sala de classificação de risco para atendimento, pois a enfermeira ao visualizá-la na sala de espera percebeu que sua expressão estava inquieta e aparentemente ansiosa. Na sala de classificação, ouve suas queixas, conversa com a usuária sobre os sintomas, verifica sinais vitais, encaminhando-a para o saguão para o atendimento por ordem de chegada (OBS9).

Nessa situação, existe a preocupação da enfermeira em ouvir as queixas da usuária, entretanto, a avaliação volta-se estritamente para as necessidades clínicas, revelando uma associação exclusiva com as demandas biomédicas, pois a decisão da enfermeira para a classificação de risco está fundamentada na disfunção biológica do corpo, revelando que os demais sinais, como a inquietação e a ansiedade foram considerados para a classificação como demandas urgentes. Verifica-se que os enfermeiros estão atentos às pessoas que buscam os serviços, no intuito de priorizar o atendimento de acordo com a indicação clínica, o grau de sofrimento e o potencial de risco de vida.

Esses achados diferem de resultados relatados por Shiroma; Pires (2011), ao destacarem que os enfermeiros consideram que existe relação entre acolhimento e classificação de risco, momento no qual já estão acolhendo o usuário, ouvindo suas queixas, dando respostas aos seus questionamentos e orientando-o.

Os relatos das observações mostram ações de acolhimento caracterizadas pela abordagem clínica estruturada:

A enfermeira examina um bebê de quatro meses, que apresenta febre, diarreia e prostração. Realiza uma breve anamnese, um exame físico bastante detalhado, classifica como verde [significa que a criança será atendida por ordem de chegada] e, descreve os sinais e sintomas clínicos identificados na consulta, de forma fundamentada no boletim da criança (OBS9).

O enfermeiro recebe usuário na sala de classificação de risco com fortes dores abdominais. Realiza um exame físico na região abdominal, utilizando a ausculta e a palpação. Identifica alterações quanto ao tamanho do fígado e pâncreas (OBS 1)

Nessas situações, o enfermeiro desenvolveu exame físico detalhado, consistente, fez ausculta, palpação, para o encaminhamento de acordo com a indicação clínica. Destaca-se na Tabela 1, a realização da *anamnese* e avaliação clínica dos usuários (24-51,1%) como atividade muito frequente na dimensão assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. Entende-se que são necessários para o acolhimento com avaliação e classificação de risco e auxiliam na qualificação da assistência prestada.

Na avaliação com classificação de risco, a *anamnese* e a avaliação clínica são desenvolvidas sob a óptica de um protocolo pré-estabelecido, contribuindo para identificação do grau de necessidade de cuidado do usuário, proporcionando a ordenação do atendimento de acordo com a indicação clínica e não por ordem de chegada.

Segundo Azevedo e Ramos (2006), o exame físico é considerado o método mais importante para que se conheçam as reais necessidades clínicas do usuário, visto que a observação das minúcias incide sobre sua vida, seu corpo.

Os achados da observação retratam essa prática do exame físico realizado pelo enfermeiro:

O enfermeiro examina um usuário, que apresentava febre alta [39,8C] e vômitos. Realiza uma breve anamnese, questionando sobre alimentação nas últimas horas, um exame físico breve na região torácica, classifica como amarelo [significa que a criança será atendida em alguns minutos] e, descreve os sinais e sintomas clínicos identificados no exame físico, no boletim de atendimento (OBS6).

A enfermeira ao receber o usuário na sala de observação, faz a leitura do registro médico e, antes de encaminhar a prescrição para a equipe preparar e administrar os medicamentos acomoda o paciente no leito, faz uma anamnese e um exame físico

breve, com ênfase na região torácica e abdominal, com ausculta e palpação, efetuando registro no boletim (OBS3).

A enfermeira ao receber o usuário com queixa de dispnéia na classificação de risco realiza ausculta pulmonar e cardíaca e detecta alterações significativas. Registra no boletim e encaminha usuário para atendimento médico imediato (OBS9).

Os trechos demonstram que os enfermeiros realizam o exame físico direcionado à investigação da queixa principal, o que inviabiliza a detecção de outros sinais clínicos associados a outros agravos. Isso restringe a avaliação clínica, interferindo na tomada de decisão e conduta clínica do enfermeiro na classificação de risco.

Quanto ao registro da *anamnese* e do exame físico realizado pelos enfermeiros no boletim de atendimento, evidenciou-se que os registros dos dados clínicos (29-61,7%) e os registros da evolução da assistência (18-38,3%) destacaram-se na Tabela 1 como ações muito frequentes no processo de trabalho dos enfermeiros.

Os eventos observados retratam essas atividades no cotidiano do trabalho dos enfermeiros:

O enfermeiro registra no boletim os atendimentos de classificação de risco, anotando valores referentes aos sinais vitais e queixa do usuário (OBS2).

A enfermeira descreve no boletim da criança os sinais e sintomas clínicos identificados no exame físico, descrevendo valores referentes aos sinais vitais, ressaltando a frequência respiratória alterada, saturação de O₂, presença de sibilos em ausculta pulmonar (OBS9).

O enfermeiro registra no boletim de atendimento o encaminhamento da criança para a sala de observação e a administração do medicamento prescrito, porém, não registra as orientações realizadas à mãe sobre o uso do espaçador para administração no domicílio do corticóide prescrito para a criança (OBS5).

A qualidade dos registros do enfermeiro é voltada para descrever o atendimento clínico na classificação de risco e para informar os procedimentos realizados. As orientações fornecidas ao usuário/familiar não aparecem nos registros dos enfermeiros nas Unidades de Pronto Atendimento.

Os registros ou anotações de enfermagem consistem na forma de comunicação escrita de informações pertinentes ao sujeito e aos seus cuidados. Segundo Matsuda, et al. (2006), os registros são elementos imprescindíveis no processo de cuidado humano visto que, quando redigidos de maneira que retratam a realidade a ser documentada, possibilitam a comunicação permanente, podendo destinar-se a diversos fins, tais como pesquisas, auditorias, planejamento.

Na maioria das vezes durante os episódios de observação do trabalho desta unidade de pronto atendimento, identificou-se que os enfermeiros não têm tempo para fazer avaliação clínica mais detalhada, bem como seu registro.

A técnica de enfermagem alerta a enfermeira que a classificação de risco pediátrica estava atrasada para aquele horário e que eles deveriam “acelerar” o processo! O enfermeiro passou a não examinar os usuários, realizando apenas a aferição dos sinais vitais e questionando motivo da procura pelo serviço, com pouco diálogo e muita agilidade técnica (OBS9).

O enfermeiro realiza a classificação de risco de dois usuários adultos simultaneamente, aferindo sinais vitais e questionando o motivo da procura pelo serviço (OBS 3).

Os enfermeiros nas unidades de pronto atendimento são interpelados por uma demanda que ultrapassa o que os serviços estão organizados para reconhecer e intervir. Sá; Carreiro; Fernandes (2008) destacam que a organização não se restringe às condições materiais, tecnológicas e de pessoal, mas inclui igualmente a forma de organização e gestão dos processos de trabalho empregados nesses serviços.

Além disso, fica evidente a preocupação em manter a rapidez nos procedimentos necessários para a classificação de risco com o propósito de garantir o atendimento conforme a demanda, obtido pela agilidade no atendimento inicial, conforme protocolo de classificação de risco utilizado como parâmetro que organiza essa atividade. No atendimento está presente a centralidade dos procedimentos técnicos, o que é entendido como expressão da hegemonia do modelo biomédico de trabalho em saúde e enfermagem.

Retomando resultados da Tabela 1, os procedimentos técnicos são apontados como atividades assistenciais realizadas com muita frequência, tais como verificação de sinais vitais (24-51,1%), realização de glicemia (24-51,1%), eletrocardiograma (17-36,2%).

Os relatos da observação destacam esses procedimentos técnicos que vêm sendo realizados pelos enfermeiros.

A enfermeira na sala de observação realiza eletrocardiograma em usuário com crise hipertensiva, para avaliação médica (OBS 5).

Na sala de classificação de risco a enfermeira atende usuário portador de diabetes. A enfermeira conversa rapidamente sobre uso de hipoglicemiantes e alimentação, enquanto verifica sinais vitais e glicemia capilar (OBS 8).

Esses achados mostram que na dimensão assistencial do processo de trabalho do enfermeiro prevalece a intervenção instrumental, com ênfase na execução de procedimentos pautados nos saberes técnico-científicos.

Assim, a realização dos procedimentos se destaca no processo de trabalho dos enfermeiros, que tem um desenho tecno-assistencial ainda fortemente influenciado pela ênfase nos aspectos biológicos. As ações assistenciais são realizadas principalmente como ações curativas, fato este que se fundamenta por se tratar de uma unidade de pronto atendimento, na qual os pacientes chegam para atendimento imediato.

Os achados de Hausmann; Peduzzi (2009) destacam que o cuidado vem sendo realizado de forma predominante nas práticas de enfermagem com foco nos procedimentos e no raciocínio clínico. Resultados semelhantes descritos por Marques (2004) denotam que toda a atenção dispensada ao usuário no pronto atendimento é em busca da queixa principal e das formas de encaixe da demanda ao que é ofertado.

Os resultados obtidos corroboram os achados desses autores, considerando-se que os atendimentos ficaram reduzidos aos procedimentos, baseados na agilidade do atendimento e na resolução da queixa principal conforme pressupostos e conhecimentos estabelecidos pelo protocolo utilizado para avaliação e classificação de risco.

A enfermagem tem sua prática fortemente influenciada em seus instrumentos e objeto de trabalho. A finalidade da enfermagem deixa de ser o cuidado centrado no paciente, para centrar-se na tarefa a ser executada. Isso vem se mantendo na prática da enfermagem que, ao mesmo tempo em que procura a transformação do modelo assistencial hegemônico, o confirma ou mantém na própria ação (LUCENA et al., 2006).

No modelo biomédico, o enfoque dado pelo trabalhador é no procedimento; o corpo anatomo-biológico é identificado pela queixa que o usuário traz, na tentativa de transformá-la em um possível diagnóstico; sendo assim, a queixa deixa de fazer parte da pessoa e se transforma em um sinal ou sintoma de doença, que, então, será o objeto de trabalho do médico e da enfermagem (LIMA, 1998).

O estudo de Wehbe; Galvão (2001) sobre o trabalho do enfermeiro em emergência enfatiza que a prática dos profissionais da enfermagem está voltada às ações curativas, e que também, o papel do enfermeiro consiste em obter a história do paciente, fazer exame físico, executar procedimentos, desenvolvidos especificamente para a melhora imediata do paciente.

Garlet, et al. (2009), destacam que nos serviços de urgência os profissionais sustentam a organização do trabalho na concepção biomédica e priorizam o atendimento aos usuários com problemas graves e agudos que procuram a unidade, demonstrando insatisfação com a frequente utilização do serviço por casos não urgentes.

Assim, os resultados da Tabela 1 associados aos relatos da observação permitem afirmar que as atividades assistenciais desenvolvidas pelos enfermeiros nas Unidades de

Pronto Atendimento, aparecem com maior destaque no acolhimento com avaliação e classificação de risco com a intenção prioritária de triar toda a demanda com agilidade e rapidez, visando o ordenamento da demanda por prioridade de atendimento e à organização do serviço, em detrimento com uma escuta qualificada das necessidades dos usuários, com pouca ênfase nas demandas não urgentes.

A Tabela 2 apresenta os resultados obtidos conforme identificados pelos enfermeiros, sobre a utilização de classificação de risco, nos serviços de pronto atendimento.

Tabela 2 - Resultados da classificação de risco nas Unidades de pronto atendimento

Resultados da Classificação de Risco				
Atividade	Resultado	Freq.	%	
Diminuição de filas	Concorda total (aplica todo o fund.)	39	83,0%	
Diminuição do tempo de espera	Concorda total (aplica todo o fund.)	38	80,9%	
Ordenação do atendimento	Concorda total (aplica todo o fund.)	33	70,2%	
Melhoria do prognóstico	Concorda total (aplica todo o fund.)	30	63,8%	
Expectativa de atendimento e tempo de espera	Concorda total (aplica todo o fund.)	29	61,7%	
Melhor organização do fluxo de atendimento	Concorda total (aplica todo o fund.)	21	44,7%	

Fonte: Coleta de dados, 2010

Com a concordância plena dos enfermeiros, o acolhimento com avaliação e classificação de risco diminui as filas de espera (39-83%); diminui o tempo de espera (39-80,9%); ordena o atendimento (33-70,2%); melhora o prognóstico (30-63,8%); organiza a expectativa de atendimento e o tempo de espera (29-61,7%) e organiza o fluxo de atendimento (21-44,7%).

Verificou-se que a avaliação e classificação de risco ordena a demanda, definindo a previsão de tempo de espera para o atendimento:

No início do plantão, às 13 horas, observei um número reduzido de usuários no saguão do serviço, bem como nas salas de Classificação de risco e de observação. Ao adentrar a sala da Classificação de risco percebo em cima da mesa do enfermeiro, as fichas de atendimento com classificação do risco preenchidas, com previsão de atendimento médico para as 22 horas. Por isso o número reduzido de usuários no saguão, pois devido a esse tempo de espera, as pessoas retornam para suas casas, até o horário que terão atendimento do clínico (OBS7).

O enfermeiro identifica usuário com pressão elevada e dor no peito, imediatamente o mesmo é encaminhado para atendimento médico (OBS10).

O enfermeiro relata que o motivo do esvaziamento do saguão é reflexo de que a grande maioria das pessoas busca atendimento para situações não urgentes, pois retornam após três ou quatro horas para serem atendidos pelo clínico (OBS7).

Os usuários que buscam a unidade de pronto atendimento em sua maioria não se caracterizam como urgentes. As situações de urgência, conforme definidas pelo Protocolo de

Classificação de Risco, são esporádicas nessa Unidade de Pronto Atendimento. No entanto, a agilidade e rapidez da avaliação com classificação de risco propiciam a identificação precoce de usuários em situação de maior gravidade, bem como determinam o horário para os atendimentos por ordem de chegada, evitando a superlotação da sala de espera.

Em estudo sobre as demandas de um serviço de pronto atendimento, Marques (2007) refere que a agilidade na obtenção da consulta é um dos motivos de procura pelo serviço por alguns usuários, para obtenção de respostas às suas necessidades. Isso porque, segundo a autora, os usuários não têm acesso fácil aos serviços de atenção básica e, por vezes, os sintomas agudos fazem com que busquem atendimento onde existe a porta aberta, para tratamento da queixa.

Estudos confirmam que às unidades de urgência chegam demandas de todos os tipos, desde aquelas caracterizadas como sendo de risco para os usuários, quanto as de menor densidade tecnológica (MARQUES; LIMA, 2007; OLIVEIRA; MATTOS; SOUZA, 2009, GARLET, et al., 2009). Esses serviços têm como desafio oferecer uma assistência de qualidade em um ambiente em que as demandas urgentes propriamente ditas se misturam às urgências sociais dos indivíduos.

Em relação às demandas, a Tabela 3 apresenta as frequências das situações urgentes atendidas pelos enfermeiros, junto às equipes de saúde das Unidades de Pronto Atendimento de Porto Alegre.

Tabela 3 - Frequência de atendimentos em situações de urgência

Atendimentos de situações de urgência				
Situações Urgentes	Resultado	Freq.	%	
Crise hipertensiva	Muito freq. (mais 5x sem.)	33	70,20%	
Crise convulsiva	Frequente (até 3x semana)	22	46,80%	
Sincopes e desmaios	Frequente (até 3x semana)	20	42,60%	
Intoxicações	Frequente (até 3x semana)	19	40,40%	
Urgências psiquiátricas	Frequente (até 3x semana)	15	31,90%	
Urgências metabólicas	Freq./ Eventual (até 1x sem.)	14	29,80%	
Ferimento com arma branca e arma de fogo	Eventual (até 1x sem.)	18	38,30%	
Parada cardiorrespiratória	Eventual (até 1x sem.)	18	38,30%	
Choques (hipovolêmico, neurogênico, anafilático)	Eventual (até 1x sem.)	16	34,00%	
Queimaduras	Raramente (menos 1x sem.)	17	36,20%	
Traumas	Raramente (menos 1x sem.)	13	27,70%	

Fonte: coleta de dados, 2010

A situação de urgência que se destacou na atuação do enfermeiro como muito frequente foi a crise hipertensiva (33-70%). Em seguida a crise convulsiva (22-46,8%), as

síncope e desmaios (20-42,6%) apresentaram-se como agravos frequentes que necessitam cuidados urgentes.

Em contrapartida, os atendimentos de parada cardiorrespiratória e de choques (hipovolêmico, neurogênico, anafilático), por exemplo, foram situações eventuais no serviço, o que pode ser atribuído ao tipo de demanda, que apresenta características pouco urgentes, conforme a classificação utilizada.

Os relatos confirmam a frequência de usuários com agravos não urgentes que aportam nesses serviços, bem como crise hipertensiva.

Na sala de observação adulta havia quatro pessoas em observação, sendo que duas estavam com pressão elevada, uma com arritmia cardíaca, ambos acometidos pela hipertensão arterial sistêmica (OBS2).

A sala de classificação pediátrica tem um movimento intenso, sendo que em uma hora já foram classificadas mais de 20 pessoas, todas para atendimento por ordem de chegada, o que significa que não são demandas urgentes (OBS4).

Verificou-se que os agravos mais demandados no serviço foram de situações urgentes de menor densidade tecnológica, situações que foram constatadas nos atendimentos observados. Marques; Lima (2007) identificaram que os usuários buscam os serviços do pronto atendimento para a resolução de situações agudas, apresentando queixas relacionadas a crises hipertensivas, dor, disfunções respiratórias, diarreias e vômito. O estudo de Furtado, et al. (2004) confirma que 74,5% dos atendimentos realizados em um serviço de emergência são por queixas características da atenção básica, não se distinguindo como urgência.

Situação semelhante é evidenciada nos comentários da enfermeira:

A enfermeira em conversa com o técnico de enfermagem relata que aparecem inúmeros usuários que peregrinam até que alguma unidade de pronto atendimento realize o procedimento, visto que essa atividade é de responsabilidade da Atenção Básica (OBS9).

Ao iniciar a pesquisa acreditava-se que seriam encontrados usuários, na sua maioria, com demandas de urgência e emergência, o que em parte justificaria uma atividade assistencial mais voltada para as necessidades clínicas. Contudo, a maioria dos usuários procura o serviço por agravos que poderiam ser atendidos em serviços de atenção primária à saúde, corroborando com os resultados apresentados na Tabela 3, permitindo afirmar que os serviços de pronto atendimento estão sendo caracterizados como complementares aos serviços básicos de saúde e, não intermediários como preconiza a Política Nacional de Atenção às Urgências (BRASIL, 2003).

Em um dos questionamentos do instrumento resgatou-se, dentre as atividades assistenciais realizadas, aquelas que se dedicam a ações de orientações sobre cuidados e detecção de situações de risco, apresentadas na Tabela 4:

Tabela 4 - Atividades de prevenção desenvolvidas pelos enfermeiros que atuam nas Unidades de Pronto Atendimento

Atividades de Prevenção			
Atividade	Resultado	Freq.	%
Orientações sobre cuidados de saúde	Muito freq. (mais 5x sem.)	32	68,10%
Detecção de situações de risco	Muito freq. (mais 5x sem.)	26	55,30%

Fonte: coleta de dados, 2010

Identifica-se que as atividades preventivas são realizadas com muita frequência pelos enfermeiros, como forma complementar às atividades assistenciais ora relatadas, sendo que os enfermeiros desenvolvem orientações aos usuários quanto aos cuidados de saúde (32-68,1%) e estão atentos para a detecção de situações de risco(26-55,3%).

Os trechos da observação corroboram com os resultados apresentados na Tabela 4:

Um usuário buscava por atendimento para realização de um curativo. A enfermeira explica que ali não é o local de referência para aquele serviço [durante os dias de semana], no entanto, realiza o procedimento visto que o usuário já havia passado por vários serviços de saúde e, apresenta-se bastante ansioso. Além de realizar o procedimento, a enfermeira orienta a acompanhante como desenvolver o curativo no domicílio, visto que era uma ferida limpa. Orientou, ainda, que buscasse a UBS de seu bairro caso a ferida apresente sinais de infecção, que foram também longamente explicitados pela enfermeira para o usuário e sua acompanhante. Na ocasião a enfermeira faz um desenho explicando sobre a lesão, explica com cuidado e atenta o usuário e a família para os possíveis sinais de complicação (OBS8).

O achado acima evidencia que os enfermeiros estão sensibilizados quanto à importância das atividades de prevenção da saúde. Contudo, essas atividades, como foi observado *in loco*, são realizadas esporadicamente, quando os serviços da unidade básica de saúde de referência para o usuário, não fazem esse atendimento. Assim, apesar de valorizadas nos resultados da Tabela 4, e realizadas quando necessárias, as ações de prevenção não fazem parte do foco do trabalho dos enfermeiros nas unidades de pronto atendimento.

Isso porque, segundo Campos (2008), as unidades de pronto atendimento são utilizadas para ampliar o acesso da população a cuidados médicos. Considera que esses serviços se configuram como um modelo organizacional que assegura assistência médica, porém não há prontuários, o trabalho ocorre em regime de plantão, impossibilitando a construção de vínculo terapêutico e a horizontalização do atendimento pelos mesmos profissionais de referência. Portanto, tende a ocorrer medicalização com pouca promoção e educação à saúde.

Embora os resultados quantitativos tenham indicado que as ações assistenciais dos enfermeiros enfatizam orientações sobre cuidados de saúde e detecção de situações de risco, as situações observadas demonstraram aspectos que contrariam esse achado apresentado na Tabela 4.

Em uma análise geral da dimensão assistencial da organização do trabalho dos enfermeiros nas unidades de pronto atendimento, entende-se que as atividades assistenciais dos enfermeiros poderiam romper com a lógica do modelo assistencial biomédico. Muitas vezes, mesmo em atendimento partindo da queixa, os enfermeiros buscam o aprofundamento, enriquecendo a conduta, ampliando o atendimento para além da queixa clínica inicial, porém as intervenções de enfermagem não extrapolam seu caráter instrumental.

Isso remete a considerar que os enfermeiros que atuam nas unidades de pronto atendimento enfrentam um desafio ao tentar desenvolver práticas diferenciadas e construir novas práticas e maneiras de cuidar mais humanizantes, pois tem permanecido a hegemonia do modelo biomédico na produção do cuidado.

5.1.2 A Dimensão Gerencial do Trabalho dos Enfermeiros nas Unidades de Pronto Atendimento

A gerência como parte do processo de trabalho possibilita transformá-lo e ser transformado, conforme suas finalidades. É considerada dinâmica e interdisciplinar, já que envolve não somente ações de ordem técnica, mas também políticas, econômicas e sociais presentes nas instituições de saúde (NÓBREGA, 2006).

Considera-se a gerência como uma atividade meio para a atividade fim que é o cuidado, de modo que o gerenciamento do cuidado pode ser definido como a articulação entre a dimensão assistencial e a gerencial para atender às necessidades de cuidado dos pacientes e os objetivos da instituição e da equipe de enfermagem (ROSSI; SILVA, 2005; HAUSMANN; PEDUZZI, 2009).

Assim, entende-se o gerenciamento como uma ferramenta do processo de trabalho cuidar, instrumentalizando o enfermeiro para organização dos serviços de enfermagem e coordenação de recursos humanos, com a finalidade de atenção à saúde evidenciada na forma de assistência.

As atividades gerenciais desenvolvidas pelos enfermeiros nas unidades de pronto atendimento estão descritas na Tabela 5, organizada quanto à frequência apontada nas respostas:

Tabela 5 - Atividades de gerenciamento desenvolvidas pelos enfermeiros nas Unidades de Pronto Atendimento

Atividades de Gerenciamento			
Atividade	Resultado	Freq	%
Distribuição de tarefas	Muito freq. (mais 5x sem.)	29	61,7%
Dimensionamento de pessoal	Muito freq. (mais 5x sem.)	23	48,9%
Organização de escalas de trabalho	Muito freq. (mais 5x sem.)	19	40,4%
Preenchimentos de dados seu trabalho (Relatórios)	Muito freq. (mais 5x sem.)	17	36,2%
Provisão de materiais	Frequente (até 3x semana)	13	27,7%
Educação em Serviço	Eventual (até 1x sem.)	16	34,0%
Coordenação de reuniões	Raramente (menos 1x sem.)	26	55,3%
Educação permanente para enfermagem	Raramente (menos 1x sem.)	20	42,6%
Implantação de protocolos de enfermagem	Raramente (menos 1x sem.)	19	40,40%
Educação permanente para outros profissionais	Nunca	23	48,9%
Preenchimento de dados de outros profissionais (Relatórios)	Nunca	18	38,3%

Fonte: coleta de dados, 2010

Na dimensão gerencial, identifica-se que as atividades de distribuição de tarefas entre a equipe de enfermagem (29-61,7%), o dimensionamento de pessoal da enfermagem (23-48,90%), organização de escalas de trabalho da enfermagem (19-40,40%) e o preenchimento de relatórios referentes ao seu trabalho (17-36,20%) são as práticas desenvolvidas com muita frequência (mais de cinco vezes na semana) pelos enfermeiros no Pronto Atendimento.

As atividades para provisão de materiais na unidade (13-27,7%) são realizadas com frequência de até três vezes na semana. As atividades de educação em serviço (16-34%) foram apontadas como eventualmente realizadas.

A coordenação de reuniões (26-55,3%), as atividades de educação permanente para a equipe de enfermagem (20-42,6%) e a implantação de protocolos de enfermagem (19-40,4%) foram marcadas como atividades raramente desenvolvidas (menos de uma vez por semana).

Como atividades que nunca desenvolvem nas unidades de pronto atendimento, os enfermeiros destacaram as atividades de educação permanente para outros profissionais da equipe de saúde (23-48,9%) e o preenchimento de dados referente a outros profissionais (18-38,3%).

Identifica-se que as ações de gerência do cuidado indicadas com frequência pelos enfermeiros (distribuição de tarefas, dimensionamento de pessoal, organização de escalas de trabalho e provisão de materiais) visam à previsão e provisão de recursos para produção do cuidado, por meio da organização e divisão do trabalho da equipe de enfermagem.

As observações demonstram que os enfermeiros utilizam a maior parte do seu tempo com as atividades em destaque na Tabela 5:

A enfermeira responsável pela classificação de risco tentava concluir uma escala de trabalho da enfermagem, e relatou a falta de técnicos e enfermeiros, devido a licenças saúde e licenças prêmios, visto que a equipe trabalha há muitos anos na unidade. Atribui isso como um fator que gera dificuldades nas relações, pois se tornam mais próximos e íntimos, mais complicados se torna o gerenciamento, relata (OBS4).

O enfermeiro aciona o serviço do SAMU para levar alguns usuários que aguardavam vaga para internação hospitalar. Após a saída dos mesmos, a enfermeira organiza o trabalho dos técnicos na unidade, solicitando limpeza e desinfecção dos leitos, organizando as atividades da sua equipe quanto aos demais materiais e equipamentos a serem organizados na unidade (OBS6).

A enfermeira percorre várias salas de atendimento da unidade, com a finalidade de fazer o fechamento da escala de trabalho mensal da equipe, visto que o trabalho de cada profissional é organizado por atividades, por exemplo, procedimentos em sala de inalação, prática do acolhimento com avaliação e classificação de risco, sendo necessário o dimensionamento do grupo (OBS4).

Em atendimento na sala de urgência [sala vermelha] ao um usuário com dispnéia intensa, o enfermeiro distribui tarefas aos técnicos, como preparar material para eletrocardiograma e a organização do material para o atendimento daquela urgência (OBS5).

Identifica-se nos trechos da observação, associado aos resultados da Tabela 5 que os objetos de trabalho gerencial do enfermeiro são a organização do trabalho e dos recursos humanos de enfermagem. O enfermeiro assume o gerenciamento da equipe e a coordenação das atividades assistenciais realizadas pela equipe de saúde, com o objetivo de organizar o trabalho para a assistência de enfermagem.

Os resultados do estudo de Santos; Lima (2011) corroboram com os resultados obtidos nesta investigação, quando destacam que as principais práticas gerenciais dos enfermeiros em serviço de emergência são a elaboração da escala mensal de funcionários, a realização da distribuição diária dos funcionários e o gerenciamento dos recursos materiais.

A temática sobre o dimensionamento do pessoal de enfermagem tem sido abordada ao longo dos anos pelos enfermeiros, uma vez que identificam e avaliam continuamente os recursos existentes, face às necessidades dos usuários, para a prestação da assistência de enfermagem, interferindo diretamente na eficácia, na qualidade e no custo da assistência (GAIDZINSKI; FUGULIN; CASTILHO, 2005).

De acordo com Peres; Ciampone (2006) a gerência configurada como ferramenta do processo do cuidar pode ser entendida como um processo de trabalho específico por meio de seus elementos constituintes como objeto de trabalho, que são os recursos humanos e a

organização do trabalho, tendo como finalidade recursos humanos qualificados e trabalho organizado, para assim, obter as condições adequadas de assistência e de trabalho.

A Tabela 5 apresenta, ainda, como atividade frequente, o preenchimento de dados referentes ao seu trabalho, a partir da elaboração de relatórios (17-36,20%). Essa atividade foi também evidenciada nas observações do trabalho dos enfermeiros na unidade de pronto atendimento:

A enfermeira coordenadora geral da unidade faz o preenchimento de diversos relatórios referentes ao trabalho da enfermagem na unidade, que são encaminhados para a secretaria de saúde e alimentam sistemas de informação unificados na rede federal de saúde que coordena todos os demais serviços de enfermagem (OBS1).

A enfermeira efetua o registro dos atendimentos na sala de observação, em sistema informatizado, que se encontra em fase de teste. A enfermeira se mostra satisfeita quanto ao registro das suas atividades e da equipe, destacando a praticidade e agilidade para o registro, bem como, para a análise e utilização desses dados para o atendimento aos usuários (OBS8).

Os relatos demonstram, ainda, que os enfermeiros das unidades de pronto atendimento, além de desenvolverem o registro manual no boletim de atendimento, preocupam-se com registro que produza conhecimento sobre o seu trabalho, alimentando sistemas de informação pertinentes a sua prática, ressaltando aspectos positivos quanto a sua utilização. No entanto, algumas dificuldades ocorrem, conforme trecho a seguir:

A classificação de risco pediátrica no meio da tarde estava com um movimento intenso, sendo possível observar que a quantidade, bem como a qualidade dos registros dos enfermeiros, diminuiram no boletim de atendimento (OBS9).

O registro no boletim sobre a assistência prestada ao usuário abrange diversos aspectos e respalda, ética e legalmente, o profissional responsável pelo cuidado. Quando esse registro é escasso e inadequado, compromete a assistência prestada ao paciente assim como a instituição e a equipe de enfermagem. Há um comprometimento da segurança e da perspectiva de cuidado ao usuário, além de dificultar a mensuração dos resultados assistenciais advindos da prática do enfermeiro (STEZ; D'INNOCENZO, 2009).

Quanto às demais atividades apresentadas na Tabela 5, identifica-se que as atividades que envolvem a qualificação profissional como educação em serviço e a educação permanente para a equipe de enfermagem são raramente desenvolvidas pelos enfermeiros:

Ao transitar pelas salas de descanso e permanência dos enfermeiros, identifico que o enfermeiro responsável pela educação permanente vai à sala da coordenadora geral da Unidade de Pronto Atendimento para discutirem uma proposta de qualificação da equipe de enfermagem, que ele está organizando (OBS3).

O trecho evidencia que atividades de caráter permanente são pensadas e articuladas pelos enfermeiros responsáveis pela educação permanente e continuada do serviço, juntamente com o enfermeiro que coordena o serviço. Não se observou a participação dos demais profissionais que compõem a equipe de enfermagem nesse processo.

O objetivo da educação permanente é dar enfoque nos problemas de saúde, com o objetivo de transformação das práticas técnicas e sociais. Deve ser de periodicidade contínua, utilizar metodologia centrada na resolução de problemas e buscar como resultado a mudança. A educação permanente dos recursos humanos deve visar auxiliá-los na adequação aos contínuos avanços tecnológicos e às mudanças socioeconômicas (PERES; CIAMPONE, 2006).

A educação permanente voltada para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores do SUS é compreendida como uma proposta de ação capaz de contribuir para a necessária transformação dos processos formativos e das práticas pedagógicas e de saúde, abarcando também a organização dos serviços. Constitui-se num trabalho articulado entre o sistema de saúde, em suas esferas de gestão, e as instituições formadoras, com vistas à identificação de problemas cotidianos e à construção de soluções (BRASIL, 2007).

Segundo Peres; Ciampone (2006), o envolvimento do enfermeiro no processo de educação permanente acontece com a aquisição contínua de habilidades e competências que estejam de acordo com o contexto epidemiológico e com as necessidades dos cenários de saúde, para que resultem em atitudes que gerem mudanças qualitativas no processo de trabalho da enfermagem.

O que se identifica, no entanto, nos trechos a seguir, é que a educação no trabalho nas unidades de pronto atendimento ocorre no momento em que uma situação oportunize essa prática, na modalidade de educação em serviço:

A enfermeira responsável pela sala de observação foi chamada pelo enfermeiro da classificação de risco para que faça a prova do laço em uma usuária com suspeita de dengue. A enfermeira aproveita a oportunidade e chama a equipe de trabalho [inclusive os enfermeiros] que estavam disponíveis naquele momento para instrumentalizá-los quanto a esse teste, bem como, discutiu com o grupo a interpretação do mesmo (OBS8).

A observação permitiu identificar, ainda, que a equipe de enfermagem busca no trabalho dos enfermeiros tais atividades:

A implantação de um programa informatizado para registro das informações gerou muitas dúvidas entre os enfermeiros e a equipe de enfermagem, e os enfermeiros

sugeriram à coordenação um treinamento específico para uso do sistema, principalmente para compreenderem o caminho para gerar relatórios sobre os dados lançados (OBS5).

Verifica-se que a enfermeira assume a função de supervisão da equipe de enfermagem, sendo a educação uma das atividades de maior relevância junto a seu pessoal. Contudo, destaca-se que as atividades de educação são voltadas a instrumentação técnica da equipe de trabalho.

Resultados descritos por Silva (2010) evidenciaram que há uma estreita relação entre o processo de trabalho da enfermagem/enfermeiro e as atividades de educação dos trabalhadores de enfermagem, embora essa relação tenha um caráter instrumental, com ênfase na abordagem técnica. Essa reitera a exclusiva legitimidade técnico-científica, que pressupõe a antecedência da ciência sobre a prática e acarreta a primazia da execução de procedimentos e de controles.

Santos; Lima (2011) destacam, que a realização de treinamentos e ações de ensino com os técnicos de enfermagem são instrumentos gerenciais utilizados pelos enfermeiros para qualificar o cuidado prestado pela equipe de enfermagem no serviço de emergência.

A educação permanente baseia-se no pressuposto de que o processo de trabalho gera necessidades de conhecimento e das demandas educativas contínuas para a melhoria da qualidade dos serviços e a transformação das práticas de saúde e enfermagem (AMESTOY, et al., 2010; MERHY; FEURWERKER; CECCIM, 2006).

O trecho da observação a seguir revela que alguns profissionais recebem investimentos em sua qualificação, contudo isso não alcança toda a equipe:

Em uma conversa da enfermeira responsável pela classificação de risco e dois técnicos de sua equipe falavam sobre o protocolo de Classificação de Risco de Manchester, os mesmos referiram ser uma demanda da Secretaria de Saúde de Porto Alegre a implantação do mesmo nas Unidades de Pronto Atendimento, e que os enfermeiros estavam sendo capacitados por equipe externa ao município para tal atividade (OBS5).

Desse modo, a educação permanente é realizada no cotidiano dos serviços, na supervisão do trabalho dos demais membros da equipe de enfermagem, contudo atividades programadas e coletivas parecem ser pouco desenvolvidas na realidade pesquisada:

A enfermeira coordenadora geral da unidade faz o preenchimento de diversos relatórios referentes ao trabalho da enfermagem na unidade, enquanto os demais enfermeiros desenvolvem o gerenciamento do cuidado e o cuidado propriamente dito (OBS1).

Ao verificar o funcionamento da unidade identifiquei que alguns enfermeiros assumem funções específicas de notificação compulsória, vigilância à saúde,

construção de POPs [Procedimentos Operacionais Padrão] e educação permanente para a equipe de enfermagem (OBSI).

Os trechos da observação do cotidiano do trabalho revelam que os enfermeiros desenvolvem suas atividades, com a supervisão de outro enfermeiro que coordena toda a unidade, configurando uma hierarquia de trabalho entre os enfermeiros.

O resultado da observação confirma a vigência de uma estrutura organizacional burocrática e formal com determinação de quem faz o que e onde nas organizações, semelhante aos resultados encontrados por outros autores (GARLET, et al., 2009).

Verifica-se que nos dias atuais está havendo um aumento no número de enfermeiros envolvidos com a assistência, entretanto, na vertente do gerenciamento, cresceu o papel desse profissional quanto à orientação sobre rotinas, normas e atribuições aplicadas à sua equipe.

A partir do cruzamento dos resultados, identifica-se que mesmo desenvolvendo o gerenciamento voltado para o cuidado, os enfermeiros ainda não avançaram no sentido de dar sustentação à satisfação das necessidades dos indivíduos e valorizar trabalhadores e usuários como potentes para intervirem no trabalho. O gerenciamento do cuidado exige do enfermeiro uma visão que integre e acolha os valores e lógicas diferenciados, impressos nas necessidades dos usuários, não manifestos ou reconhecidos até certo tempo atrás (ROSSI; SILVA, 2005).

Os achados revelam que os enfermeiros atuam na manutenção de condições de infraestrutura para que os profissionais de saúde prestem o atendimento ao usuário. No entanto, observou-se, também, que os enfermeiros atuam fortemente no desenvolvimento de atividades assistenciais. Esses achados diferem dos resultados de Ywata, et al. (2009) que destacaram o afastamento do enfermeiro do cuidado direto, preocupando-se mais com as atividades gerenciais.

Portanto, entendendo a partir das considerações de Rossi; Silva (2005) que o gerenciamento do cuidado ocorre quando o enfermeiro planeja, delega ou presta o cuidado, quando prevê e provê recursos, capacita sua equipe, educa o usuário, interage com outros profissionais, e ocupa espaços de articulação para melhorias do cuidado, identifica-se que os enfermeiros das unidades de pronto atendimento reconhecem o cuidado como foco possível e necessário de ser gerenciado dentro do universo organizacional em uma dimensão que busca extrapolar o tecnicismo.

5.2 A FINALIDADE DO TRABALHO NAS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO NA CONCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS

A finalidade do trabalho é um dos elementos do processo de trabalho, que orienta a intencionalidade da ação gerada para atender as necessidades humanas (MARX, 1994). É a razão pela qual ele é feito, indo ao encontro da necessidade que o fez acontecer e que dá significado à sua existência. O atendimento das necessidades de saúde, transformadas em finalidade, guiam todo o processo de trabalho.

Segundo as diretrizes da Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), a finalidade do trabalho das equipes de saúde é atender pacientes que chegam em estado grave, acolher casos não urgentes e proceder sua reordenação a serviços ambulatoriais básicos ou especializados, existentes na rede de atenção à saúde (BRASIL, 2006).

Partindo desse pressuposto, a Tabela 6 ilustra a associação das diferentes atividades associadas pelos enfermeiros à finalidade do trabalho:

Tabela 6: Finalidade do Trabalho dos Enfermeiros nas Unidades de Pronto Atendimento

Finalidade do Trabalho				
Atividade	Resultado	Freq.	%	
Encaminhamento a níveis adequados de assistência	Concorda total (aplica todo o fund.)	33	70,2%	
Atendimento clínico do usuário	Concorda total (aplica todo o fund.)	32	68,1%	
Assistência ao usuário em situação de urgência	Concorda total (aplica todo o fund.)	29	61,7%	
Recuperação da saúde tratando doenças e/ou agravos	Concorda total (aplica todo o fund.)	25	53,2%	
Ser co-responsável pela saúde das pessoas, junto aos demais serviços	Concorda total (aplica todo o fund.)	21	44,7%	
Fazer julgamentos clínicos sobre prioridades	Concorda total (aplica todo o fund.)	20	42,6%	
Identificação de grupos de risco e controle de doenças e agravos	Concorda total (aplica todo o fund.)	19	40,4%	
Coordenar os serviços da equipe de enfermagem	Concorda total (aplica todo o fund.)	18	38,3%	
Gerir processos complexos, resolução de conflitos	Concorda total (aplica todo o fund.)	17	36,2%	

Fonte: Coleta de dados, 2010.

Ao visualizar os resultados da Tabela 6, identifica-se que todas as opções ofertadas como respostas à finalidade do trabalho foram apontadas com concordância plena pelos enfermeiros, com percentuais diferenciados.

Os dados demonstram que os enfermeiros apontaram que concordam totalmente que sua assistência tem como objetivo encaminhar os usuários a níveis adequados de assistência,

referente ao encaminhamento dentro do próprio serviço e para outros serviços da rede (33-70%) como a principal finalidade do seu trabalho nas unidades de pronto atendimento.

Durante as observações foi possível verificar um número significativo de usuários com queixas agudas, que foram atendidos e liberados, sendo que os cuidados se basearam nas necessidades trazidas pelos usuários, já moldadas ou não pelos serviços ofertados pela unidade. Os usuários são atendidos e recebem “altas” ou são encaminhados para outros serviços para investigação ou ações mais complexas, ou ainda, para serviços de atenção básica:

O enfermeiro responsável pelas salas de observação busca junto a enfermeira coordenadora geral da unidade, vagas de leitos hospitalares junto a central de leitos do município. Comenta sobre a dificuldade de conseguir leitos, destacando que existem usuários na sala de observação aguardando leito há mais de uma semana (OBS4).

A enfermeira aciona o serviço do SAMU para levar alguns usuários que aguardavam vaga para internação hospitalar. Solicita encaminhamentos com a assistente social para que entre em contato com familiares de um dos usuários que se encontrava sozinho na unidade (OBS10).

Em atendimento na sala de classificação de risco, o enfermeiro encaminha o usuário para a consulta com o clínico, e aproveita a situação para orientá-lo a buscar no atendimento na unidade básica de saúde do bairro, para que possa ser acompanhado pela equipe de saúde (OBS7).

Identificou-se, pela observação realizada, que os enfermeiros nas unidades de pronto atendimento utilizam os fatores relacionados às demandas de saúde – morbidade e gravidade, para atendimento e assistência ao usuário, em função do tipo de serviço ofertado ser de caráter de urgência.

Em uma hora de atendimento foram avaliados na classificação de risco mais de 30 usuários, todos com sintomas agudos, encaminhados para atendimento por ordem de chegada (OBS6).

Retomando a Tabela 6, identifica-se que na sequência os enfermeiros deram destaque à finalidade de prestar o atendimento clínico do usuário (32-68,1%); de prestar a assistência ao usuário em situação de urgência (29-61,7%) e recuperar a saúde, tratando doenças e agravos (25-53,2%).

Os trechos da observação demonstram as finalidades do trabalho, concordando com as respostas apontadas pelos enfermeiros, conforme os resultados da Tabela 6:

A enfermeira atende uma usuária na classificação de risco. Identificou na conversa inicial que se tratava de um agravo crônico no aparelho respiratório. Construiu uma breve história e realizou ausculta identificando presença de sibilos.

Imediatamente encaminhou-a para a inalação, providenciando a acomodação e classificou o atendimento com a cor amarela. A classificação, com a cor amarela, significa que a usuária poderia aguardar somente alguns minutos para ser atendida (OBS 5).

Adentra ao serviço um usuário trazido pelo SAMU, apresentando sinais de torpor e confusão mental. O enfermeiro acomoda o usuário na maca, afrouxando as roupas para o atendimento, com o auxílio de um técnico de enfermagem. Conversa rapidamente com o usuário, buscando informações sobre a situação clínica e neurológica. Providencia acesso venoso, prepara materiais de emergência e aguarda conduta médica (OBS10).

Os achados revelam que os enfermeiros têm como finalidade desenvolver um atendimento clínico que responda às demandas clínicas dos usuários na unidade. O estudo de Garlet, et al. (2009) retrata que os profissionais na unidade de urgência sustentam a concepção biomédica, tendo como foco da atenção a doença e a realização da tarefa, não o indivíduo, priorizando o atendimento aos usuários com problemas graves e agudos que procuram a unidade de emergência.

Para o alcance dessa finalidade do trabalho, os enfermeiros nas unidades de pronto atendimento utilizam-se da prática clínica. Segundo Cezar Vaz (2010) a prática clínica apreende o seu objeto relacionando o conhecimento do corpo humano. As práticas do enfermeiro reconhecem a partir da organização de seu conhecer sobre o limite do corpo orgânico, ou seja, no limite da organização do conhecimento possível de sua clínica, anunciado pela descoberta do agravo/alteração e da possível doença orgânica (mental ou física) dentro de matrizes organizacionais de conhecimento (CEZAR VAZ, 2010).

Oliveira, et al. (2009), percebem que a prática clínica e processo de trabalho implicam-se mutuamente, uma vez que são as condições concretas do processo de trabalho que irão precisar as possibilidades de desenvolvimento da clínica, quer ela assuma um caráter mais tecnocrático ou mais humanístico.

Na literatura brasileira, o conceito da prática clínica em enfermagem ainda é pouco discutido. Todavia, diversos pesquisadores (PINA; MELLO; LUNARDELLO, 2006; GOMES; OLIVEIRA, 2005; NASCIMENTO; NASCIMENTO, 2005; GOMES; OLIVEIRA; MARQUES, 2004; SILVA, et al., 2001; NAUDERER; LIMA, 2008) têm discutido a importância do conhecimento clínico nas práticas dos enfermeiros suscitando uma diversidade de inquietações acerca da temática, dentre elas as atividades desses profissionais que são identificadas como práticas clínicas e quais os conhecimentos que norteiam essas práticas.

Nos resultados apontados na Tabela 6, associados aos trechos da observação, pode-se destacar a amplitude da prática clínica, para o desenvolvimento das atividades no pronto atendimento, a qual se constitui de um “corpo” de saberes e práticas construídas pelo processo

de formação desses profissionais, sua identidade, cenário em que assistem, bem como pelas questões históricas, políticas e culturais que impactam a assistência à saúde no Brasil, entre outros aspectos.

No entanto, esta prática isolada do trabalho dos demais membros da equipe não consegue concluir o atendimento das demandas, conforme identificado no trecho a seguir:

No meio da tarde [quinze horas] ocorreu o esvaziamento da unidade, e a enfermeira relata que isso é devido à falta de médicos na área clínica, e os usuários sabem que já estamos classificando para atendimento a partir da meia-noite (OBS7).

Entende-se que a satisfação das necessidades dos usuários depende do trabalho de toda a equipe de saúde, pois o atendimento naquela situação estava comprometido, pois não teve continuidade ao trabalho clínico do enfermeiro na classificação de risco.

Estudos (ERMELLI; FRACOLLI; 2006; ALMEIDA; MISHIMA; PEDUZZI, 2000) discutem que os enfermeiros no desenvolvimento da prática clínica tomam como objeto de suas práticas o corpo individual, com a finalidade de intervir nos perfis de desgaste de indivíduos e grupos sociais, reproduzindo a lógica da prática clínica estruturada no modelo clínico de atenção à saúde.

No desenvolvimento da prática clínica ocorre a aplicação do conhecimento em enfermagem. Para Swearingen (2009) o conhecimento em enfermagem é construído a partir da síntese de diversas disciplinas, a fim de compreender os processos inerentes à experiência de saúde humana. Esse conhecimento torna-se ‘conhecimento de enfermagem’ quando é útil para as enfermeiras, ou seja, quando é utilizado para orientar as intervenções de enfermagem.

Também é importante lembrar que os enfermeiros devem estar atentos quanto a possibilidade de direcionar sua prática clínica exclusivamente para a patologia, buscando associá-la a outras competências, como o acolhimento, por exemplo.

Voltando aos resultados da Tabela 6, destaca-se que os enfermeiros apontam com 38,3% de frequência, o desenvolvimento da coordenação dos serviços da equipe de enfermagem, como finalidade do trabalho:

O enfermeiro inicia junto com parte da equipe de enfermagem a provisão de materiais que foram utilizados para o atendimento. A enfermeira ficou à frente dessa atividade, no entanto, a execução da tarefa ficou sob a responsabilidade da equipe (OBS2).

O gerenciamento de recursos materiais envolve o fluxo de atividades de programação, compras, recepção, armazenamento, distribuição e controle, com o objetivo de

garantir que a assistência aos usuários não sofra interrupções por insuficiência na quantidade ou na qualidade de materiais (CASTILHO; GONÇALVES, 2005).

Um estudo em uma Unidade de Terapia Intensiva destaca que a previsão da quantidade de material gasto pela unidade e uma análise para verificar a suficiência dos materiais é uma das ações gerenciais do enfermeiro no gerenciamento de recursos materiais (OLIVEIRA; CHAVES, 2009).

Contudo, verifica-se que mesmo obtendo concordância plena sobre a coordenação dos serviços de enfermagem como umas das finalidades do trabalho, os demais resultados demonstram que a prioridade do trabalho do enfermeiro no pronto atendimento é assistência ao usuário com demandas clínicas.

A Tabela 7 auxilia na compreensão da finalidade do trabalho na ótica dos enfermeiros, favorecendo o entendimento com relação aos resultados do trabalho desses profissionais na realidade pesquisada:

Tabela 7- Resultados do trabalho dos enfermeiros nas Unidades de Pronto Atendimento

Resultados do Trabalho				
Atividade	Resultado	Freq.	%	
Melhoria do acesso aos serviços de saúde	Concorda total (aplica todo o fund.)	37	78,7%	
Identificação de riscos e vulnerabilidade	Concorda total (aplica todo o fund.)	32	68,1%	
Superação da prática tradicional, ampliação da escuta	Concorda total (aplica todo o fund.)	25	53,2%	
Resposta ao problema, conjugando necessidades e serviços	Concorda total (aplica todo o fund.)	24	51,1%	
Mudança de foco, da doença para o sujeito doente	Concorda parcial (aplica na maioria)	17	36,2%	

Fonte: Coleta de dados, 2010

Identifica-se na Tabela 7, que todas as opções de resposta obtiveram concordância plena dos enfermeiros e, novamente, o acesso aos serviços de saúde, já pontuado como finalidade do trabalho, aparece como resultado do trabalho, vinculado à classificação de risco para dos enfermeiros (37-78,7%). Ainda, os enfermeiros ponderam como resultado do trabalho a identificação de riscos e vulnerabilidade (32-68,1%), a superação da prática tradicional, ampliação na escuta (25-53,2%), dar respostas ao problema do usuário, conjugando necessidades e serviços (24-51,1%) e a mudança de foco da doença para o sujeito doente (17-36,2%).

A literatura permite-nos afirmar que o resultado do trabalho dos enfermeiros de identificar os riscos e vulnerabilidade (32-68,1%) está relacionado à prática do acolhimento com avaliação e classificação de risco, pois possibilita a identificação das prioridades para atendimento, ou seja, atender segundo a necessidade de saúde/gravidade/risco ou

vulnerabilidade de cada usuário. Avaliar riscos e vulnerabilidade implica em estar atento tanto ao grau de sofrimento físico quanto psíquico (BRASIL, 2004).

O trecho a seguir demonstra a preocupação do enfermeiro com a detecção de situações de risco durante o atendimento na classificação de risco:

O enfermeiro atende uma usuária na classificação de risco, questionando sinais clínicos enquanto efetuava um breve exame físico. No exame identificou inúmeras lesões pelo corpo, semelhantes a uma violência. O enfermeiro questiona sobre situações do cotidiano de sua vida e identifica que a suspeita de espancamento pode ser real, pois se apresentou muito ansiosa quando questionada sobre seu parceiro, admitindo desentendimento entre eles. O enfermeiro encaminha para atendimento imediato, providencia acesso venoso, aciona assistente social e aguarda conduta médica (OBS2).

Essa observação indica que os enfermeiros, em algumas situações, estão atentos aos sinais subjetivos dos usuários, avaliando aspectos físicos e psíquicos, mas sem contextualizá-los.

Segundo Paim (2001) o risco ou a vulnerabilidade representam noções que indicam a deterioração ou ameaça de comprometimento dos meios de vida, por meio de riscos ambientais, ocupacionais, sociais, iatrogênicos e institucionais. A noção de vulnerabilidade tem sido proposta na perspectiva das ações preventivas para orientar certas intervenções em situações em que não se configura, rigorosamente, um risco epidemiológico, evitando-se, também, certos estigmas vinculados aos chamados grupos de risco.

Voltando aos dados da Tabela 7, identifica-se que a superação da prática tradicional com a ampliação da escuta (25-53,2%), as respostas aos problemas dos usuários, conjugando necessidades e serviços (24-51,1%) e a mudança de foco da doença para o sujeito doente (17-36,2%) como resultados do trabalho apontados com concordância plena pelos enfermeiros, podem ser associados à prática do acolhimento e avaliação com classificação do risco.

No entanto, os eventos observados apontam que na maioria das vezes, os enfermeiros não desenvolvem seu trabalho com foco no usuário, com ampliação da escuta, ocorrendo tais práticas em situações esporádicas:

A enfermeira atende usuários que buscam atendimento para curativos. A enfermeira realiza o procedimento e orienta que busquem a UBS de seu bairro explicando sobre a referência desse serviço ao usuário e à família (OBS1).

Na sala de classificação de risco, a enfermeira atende três crianças ao mesmo tempo. Verifica a temperatura de todos, enquanto orienta as mães sobre o nível de temperatura considerado como hipertermia nas crianças. Medica uma delas com antiérmico. A mãe de uma das crianças referiu vômitos e febre, no entanto, a enfermeira somente escutou, anotou na ficha; mas não avaliou clinicamente, nem efetuou outros questionamentos a mãe (OBS6).

O enfermeiro realiza a classificação de risco, aferindo os sinais vitais, e a saturação de O2 nas crianças. Efetua algumas orientações para as mães sobre a situação clínica dos filhos. As informações clínicas são anotadas no boletim de atendimento (OBS2).

A concepção dos enfermeiros sobre as contribuições do acolhimento com avaliação e classificação de risco, para o trabalho no pronto atendimento, aparece em destaque na Tabela 8:

Tabela 8 - Contribuição da classificação de risco no desenvolvimento do trabalho nas Unidades de Pronto Atendimento

Contribuições da Classificação de Risco			
Atividade	Resultado	Freq.	%
Mudança no cenário, porta de entrada do sistema de saúde	Concorda total (aplica todo o fund.)	32	68,1%
Acolhimento de toda demanda	Concorda total (aplica todo o fund.)	27	57,4%
Assistência mais oportuna e pontual	Concorda total (aplica todo o fund.)	26	55,3%
Reorganização do trabalho	Concorda total (aplica todo o fund.)	23	48,9%
Construção coletiva de propostas	Concorda total (aplica todo o fund.)	22	46,8%

Fonte: Coleta de dados, 2010

Os resultados evidenciam que os enfermeiros identificam com concordância plena que a classificação de risco contribui para a mudança no cenário, como porta de entrada do sistema (32-68,1%); acolhendo toda a demanda (27-57,4%); contribuindo para uma assistência mais oportuna e pontual (26-55,3%); reorganizando o trabalho (23-48,9%) e, ainda, dando subsídios para a construção coletiva de propostas para melhoria nos serviços (22-46,8%).

Os eventos observados corroboram com os resultados da Tabela 8:

Os enfermeiros na avaliação da classificação do risco acolhem os usuários com suas queixas e os classificam utilizando os parâmetros clínicos para organização da ordem dos atendimentos (OBS1).

A partir das observações constata-se que o entendimento sobre o acolhimento com avaliação e classificação do risco vem ao encontro do que a Política Nacional de Humanização da Assistência do Ministério da Saúde preconiza sobre o atendimento nas Urgências e Emergências, uma vez que tem como um dos parâmetros acolher a demanda por meio de critérios de avaliação de risco e não por ordem de chegada (BRASIL, 2004).

Os achados de Shiroma; Pires (2011) corroboram os resultados da Tabela 8 ao destacarem que os enfermeiros percebem que a estratégia proposta do acolhimento com avaliação e classificação do risco contribui para melhorar a organização do serviço e a

qualidade da assistência, ao mudar a lógica do atendimento de ordem de chegada para a de prioridade clínica, a qual propicia agilidade de acordo com as necessidades dos usuários, resultando em redução de riscos.

Outros estudos (ROSSANEIS et al., 2011) também ressaltam que a avaliação com classificação do risco proporciona maior agilidade no atendimento de usuários com quadro clínico grave, como risco de morte, ao capacitar profissionais a identificar sinais e sintomas que indicam situações de urgência e emergência e que precisam ser priorizadas

Esses resultados, associados aos demais apresentados neste capítulo configuram a finalidade do trabalho dos enfermeiros nos serviços de pronto atendimento de Porto Alegre voltado para o acolhimento de toda a demanda por meio da avaliação e classificação de risco, com grande potencial para a garantia do acesso ao serviço, a partir da identificação de prioridades para o atendimento, segundo a necessidade clínica de saúde de cada usuário.

5.3 INSTRUMENTOS DE TRABALHO DOS ENFERMEIROS NAS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO

Os instrumentos de trabalho constituem-se de um complexo de aparatos e saberes tecnológicos que o trabalhador insere entre si mesmo e o objeto de trabalho, e lhe serve para dirigir sua atividade sobre esse objeto. Constituídos historicamente pelos sujeitos, os instrumentos de trabalho ampliam as possibilidades de intervenção sobre o objeto (MARX, 1994).

As tecnologias podem ser resumidas como um conjunto de saberes e instrumentos que expressa, nos processos de produção de serviços, a rede de relações sociais em que seus agentes articulam sua prática ao conjunto de instrumentos materiais do trabalho, concebidos usualmente como instrumental fundamentado cientificamente (MENDES GONÇALVES, 1994).

Nestes termos, o destaque para a dimensão tecnológica permite analisar o conjunto de elementos do processo de trabalho implicados na aplicação de equipamentos e saberes, em relação às demais práticas sociais.

Na Tabela 9 são demonstrados os resultados da frequência de utilização dos instrumentos de trabalho nas unidades de pronto atendimento pelos enfermeiros:

Tabela 9 - Instrumentos de trabalho utilizados pelos enfermeiros nas Unidades de Pronto Atendimento

Instrumentos de Trabalho			
Atividade	Resultado	Freq.	%
Julgamento clín. e tomada de decisão clínica	Muito freq. (mais 5xsem.)	41	87.2%
Escuta e acolhimento	Muito freq. (mais 5xsem.)	39	83.0%
Equipamentos para realizar procedimentos	Muito freq.(mais 5x sem.)	38	80.9%
Conhecimento clínico	Muito freq. (mais 5xsem.)	35	74.5%
Protocolo Classificação de Risco do Ministério da saúde	Muito freq.(mais 5x sem.)	32	68.1%
Conhecimentos oriundos da equipe de saúde	Muito freq. (mais 5xsem.)	32	68.1%
Processo de enfermagem para o atendimento de urgências	Muito freq. (mais 5xsem.)	30	63.8%
Associação de achados científicos ao contexto da prática	Muito freq. (mais 5xsem.)	27	57.4%
Habilidades para distinguir problemas, identificação de riscos e agravos	Muito freq. (mais 5xsem.)	26	55.3%
Política Nacional de Atenção as Urgências	Muito freq. (mais 5xsem.)	23	48.9%
Política Nacional de Humanização	Muito freq. (mais 5xsem.)	20	42.6%
Conhecimentos oriundos da comunidade	Muito freq. (mais 5xsem.)	20	42.6%
Conhecimento epidemiológico	Muito freq. (mais 5xsem.)	18	38.3%
Teorias administrativas e de enfermagem	Frequente(até 3x sem.)	15	31.9%
Outros protocolos de Classificação de Risco	Nunca	19	40.4%
Resolução que constituiu as Unidades de Pronto Atendimento	Nunca	17	36.2%

Fonte: Coleta de dados, 2010

A Tabela 9 elenca a frequência de utilização dos instrumentos do trabalho pelos enfermeiros, sendo que inúmeras variáveis foram apontadas com muita frequência, ou seja, aqueles que são utilizados mais de cinco vezes na semana.

Os resultados demonstram que o julgamento e tomada de decisão clínica (41-87,2%) são os instrumentos utilizados com maior frequência pelos enfermeiros; seguido pela escuta e acolhimento (39-83%); equipamentos para realização de procedimentos (38-80,9%), conhecimento clínico (35-74,5%), protocolo que orienta a Classificação de Risco do Ministério da Saúde (32-68,1%), conhecimentos oriundos da equipe de saúde (32-68,1%), processo de enfermagem para atendimento de urgências (30-63,8%), a associação de achados científicos oriundos de estudos, ao contexto da prática (27-57,4%) e as habilidades para distinguir problemas, identificação de riscos e agravos (26-55,3%).

Ainda quanto aos instrumentos utilizados com muita frequência, apontados pelos enfermeiros estão a Política Nacional de Atenção às Urgências (23-48,9%), a Política Nacional de Humanização (20-42,6%), os conhecimentos oriundos da comunidade (20-42,6%) e o conhecimento epidemiológico (18-38,3%).

As teorias administrativas e de enfermagem (15-31,9%) foram apontadas como instrumentos de uso frequente (até três vezes por semana) pelos enfermeiros. E os

instrumentos nunca utilizados pelos enfermeiros no desenvolvimento do seu trabalho foram os demais protocolos de classificação de risco, além do preconizado pelo Ministério da Saúde (19-40,4%) e a resolução que instituiu recentemente as Unidades de Pronto Atendimento no Brasil (17-36,2%).

O julgamento clínico e a tomada de decisão clínica (41-87,2%) foram os instrumentos elencados com maior destaque pelos enfermeiros. O julgamento clínico é considerado uma habilidade essencial para todos os profissionais de saúde, definido como uma atividade de resolução de problemas. A enfermagem inicia com a avaliação e diagnóstico de enfermagem, para prosseguir com o planejamento e execução de intervenções de enfermagem voltadas para a resolução dos problemas diagnosticados, culminando com a avaliação da eficácia das intervenções (TANNER, 2006).

Associado ao julgamento clínico tem-se a tomada de decisão, inerente ao cotidiano de trabalho do enfermeiro. Refere-se às ações de cuidado, de organização e gerenciamento. A tomada de decisão no serviço de pronto atendimento sofre influência incisiva da estrutura organizacional sobre este processo. Esta influência acontece porque as organizações de saúde são moldadas pelas crenças e valores de quem as constituíram, os quais criam e expressam suas opiniões, estabelecem normas que delineiam suas estruturas, manuais de técnicas e procedimentos (BRUSAMOLIN; MONTEZELI; PERES, 2010).

Os trechos a seguir retratam a utilização desses instrumentos no cotidiano do trabalho:

A enfermeira responsável pelas salas de observação se vê diante de uma situação bastante complicada no que diz respeito à conduta médica que ela julgou incorreta, ao prescrever um fármaco à base de corticóide, com dosagem inadequada. A dosagem estava bem acima do recomendado para aquele usuário assistido. O enfermeiro se dirige ao consultório do clínico e, após alguns minutos retorna para a sala de observação dizendo que ele afirmou estar correta aquela dosagem prescrita. Diante desse impasse, ela optou por administrar metade da dose, registrando sua postura e atitude no boletim do usuário. Ela relatou que sua postura ética não permitia que ela compartilhasse dessa conduta (OBS5).

Na classificação de risco a enfermeira avalia uma criança com comprometimento respiratório leve [o que significa que ela pode aguardar atendimento] e, decide não aguardar a ordem de chegada para atendimento, pois se tratava de uma criança portadora de doenças respiratórias [asma, rinite] (OBS1).

Durante um atendimento de classificação de risco a enfermeira classifica como verde [significa que será atendida por ordem de chegada] uma criança com desconforto respiratório e febre. Logo em seguida a enfermeira foi chamada no saguão para atendimento da mesma criança que havia evoluído para um comprometimento de vias aéreas, sendo necessário encaminhar a criança à sala de atendimento de urgência, devido ao risco de parada respiratória (OBS4).

As observações retratam a magnitude das decisões dos enfermeiros no desenvolvimento do trabalho em equipe no pronto atendimento. Verifica-se que o julgamento clínico do enfermeiro está atento para as condutas da equipe, busca resolver os problemas diagnosticados, por meio de encaminhamentos baseados na tomada de decisão clínica, direcionando o fluxo do usuário dentro do serviço.

Segundo Brusamolín; Montezeli; Peres (2010) a tomada de decisão é inerente ao cotidiano de trabalho do enfermeiro e se refere às ações de cuidado, de organização e gerenciamento. Assim, considera-se como elemento vital da prática de enfermagem, na medida em que os profissionais se deparam com diversas situações, relacionadas a pessoas com problemas e necessidades de cuidado diferentes e particulares (CAMPOS, 2008), as quais exigem abordagens diferenciadas.

No entanto, é notório nos trechos da observação que os enfermeiros subestimam a importância das necessidades dos usuários, fazendo uma análise do processo de decisão clínica tendo em vista somente os objetivos de cunho clínico. Estudos (BEAVER et al., 2007; FLORIN, 2007) apontam que a discussão centra-se em diagramas de decisão e a diversidade de necessidades sociais dos usuários e o seu contexto social são esquecidos.

Ainda são evidenciados na Tabela 9 a utilização com muita frequência, do uso da escuta e de acolhimento no serviço (39-83%).

Identifica-se nos trechos da observação que o enfermeiro tem a intenção de interagir com o usuário na classificação do risco, quando acolhe o usuário no serviço e escuta suas queixas:

O enfermeiro acolhe no serviço uma adolescente bastante agressiva, com sinais de embriaguez. Conversa com a usuária tentando tranquilizá-la quanto ao atendimento, e identificou que sua angústia estava no medo de injeções. A enfermeira refere que não serão administrados medicamentos enquanto realiza um breve exame físico, classifica como verde [significa que a adolescente será atendida por ordem de chegada] (OBS4).

No entanto, o que se evidencia no trecho seguinte é que a procura excessiva ao serviço é um dos maiores problemas para o desenvolvimento da escuta e do acolhimento:

O atendimento na sala de classificação de risco é intenso, o atendimento está ocorrendo de forma coletiva [dois ou três usuários ao mesmo tempo] sendo aferindo sinais vitais e questionando queixa principal (OBS9).

Verifica-se que a rapidez no desenvolvimento do trabalho do enfermeiro no acolhimento com avaliação e classificação de risco dificulta a tomada de decisão, pois a

escuta qualificada e o julgamento clínico das queixas, poderão ficar prejudicados para um atendimento que determinará os caminhos dos usuários dentro do serviço.

De acordo com Ribeiro (2008) a decisão clínica será mais efetiva quanto melhor for a informação clínica disponível, no entanto, as políticas de atuação não devem indicar um curso único para o cuidado de saúde – devem-se buscar variações que possam ser mais adequadas às circunstâncias individuais.

As informações necessárias para a tomada de decisão do enfermeiro se baseiam em saberes, que permitem a apreensão do objeto do trabalho, pois o saber recorta da realidade, aspectos que se constituem objetos de intervenção.

A Tabela 9 contempla, ainda nos resultados, o conhecimento clínico (35-74,5%) e o conhecimento epidemiológico (18-38,3%) como instrumentos de trabalho utilizados com muita frequência pelos enfermeiros, com predomínio do primeiro.

Os eventos observados demonstram a predominância do saber clínico no desenvolvimento das ações no trabalho, em detrimento do saber epidemiológico, que aparece de forma incipiente no processo de trabalho dos enfermeiros nas unidades de pronto atendimento:

O enfermeiro atende os usuários na classificação de risco, questionando sinais clínicos enquanto verifica sinais vitais e efetua um breve exame físico (OBS5).

O enfermeiro na sala de observação durante um atendimento de urgência solicita a ajuda da técnica de enfermagem para manuseio de alguns equipamentos (OBS1).

O enfermeiro atende na classificação de risco muitas crianças acometidas de asma, com crise respiratória. Questiona a mãe sobre o uso correto do espaçador para administração do medicamento. Refere a alta incidência da doença na região e, preocupa-se em saber se o grupo de prevenção da unidade de saúde do bairro está desenvolvendo atividades junto às famílias dessas crianças. (OBS10).

Os trechos da observação apontam também para a utilização de outros saberes, relacionados ao saber clínico, como a associação de achados científicos no contexto da prática (27-57,4%), os conhecimentos oriundos da equipe de saúde (32-68,1%), e os conhecimentos oriundos da comunidade (20-42,6%).

Segundo Lima (1998) o saber clínico é constituído pelos saberes da anatomia, fisiologia, biologia, patologia e farmacologia, os quais operam transformações no corpo doente, confrontando-se o normal e o patológico, visando o restabelecimento do normal, através do diagnóstico e terapêutica das doenças, com a finalidade de transformação do corpo anatomobiológico.

No modelo clínico, no âmbito da saúde individual, a doença é vista como uma alteração morfológica e/ou funcional do corpo humano, apresentando como principais características seu caráter biológico e individualizante.

Verifica-se que os saberes utilizados configuram, junto com os demais instrumentos do trabalho, possibilidades de intervenção e, mesmo sem as dimensões materiais de equipamentos, tem uma dimensão tecnológica e/ou operante.

Aproxima-se dos achados referentes ao saber clínico, a utilização com muita frequência pelos enfermeiros dos equipamentos para realização de procedimentos (38-80,9%), conforme resultados da Tabela 9.

Os eventos observados também evidenciam o uso de equipamentos para a realização de procedimentos:

Para o atendimento na classificação de risco o enfermeiro utiliza oxímetro, estetoscópio, esfigmomanômetro, termômetro para aferição dos sinais vitais (OBS1).

Em atendimento a um usuário na sala de urgência o enfermeiro e a equipe utilizam-se de diversos equipamentos: sondas, cateteres, ambú, medicamentos (OBS8).

Na sala de observação os enfermeiros utilizam equipamentos para atendimento dos usuários: equipamento para realização de eletrocardiograma, equipo, suportes, bolsas coletoras, sondas, cateteres entre outros (OBS2).

Na dimensão assistencial do processo de trabalho dos enfermeiros, discutida no início deste capítulo, os resultados mostraram o destaque da intervenção instrumental, com ênfase na execução de procedimentos pautados nos saberes técnico-científicos, o que confirma a alta frequência na utilização de equipamentos para o desenvolvimento do trabalho.

Destaca-se, ainda, entre os resultados, a frequência apontada pelos enfermeiros referente à utilização do processo de enfermagem para atendimento às urgências (30-63,8%) como metodologia assistencial e ferramenta gerencial do trabalho.

O Processo de Enfermagem tem representado o principal modelo metodológico para o desempenho sistemático da prática profissional, ou um instrumento tecnológico de que se lança mão para favorecer o cuidado, para organizar as condições necessárias à realização do cuidado e para documentar a prática profissional. Assim, ele deve ser compreendido como um meio, e não um fim em si mesmo (GARCIA; NÓBREGA, 2009).

O resultado quantitativo não foi corroborado nos achados qualitativos, não sendo observada pela pesquisadora a aplicação deste método no processo de trabalho dos enfermeiros. Acredita-se que esta ferramenta possa estar sendo utilizada para o cumprimento de rotinas estabelecidas no serviço.

A discussão dos resultados permitiu revelar que os enfermeiros utilizam instrumental técnico e intelectual para avaliar o usuário logo na sua chegada à Unidade de Pronto Atendimento, organizando o fluxo de atendimento, reduzindo o tempo de espera para o atendimento médico, sendo o usuário encaminhado conforme indicação clínica, auxiliando na redução dos riscos potenciais de adoecimento e sofrimento.

Os enfermeiros, no cotidiano de trabalho nas Unidades de Pronto Atendimento, utilizam saberes e tecnologias, configurando-se uma modalidade de organização do trabalho para a identificação do risco/vulnerabilidade do usuário, considerando as dimensões biológicas do adoecer e desta forma promovem a orientação e os encaminhamentos necessários para a resolução do problema demandado.

5.4 DESAFIOS E PERSPECTIVAS NO TRABALHO DOS ENFERMEIROS NAS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO

Os enfermeiros apontaram as diversas dificuldades e desafios para o desenvolvimento do trabalho nas unidades de pronto atendimento, conforme apresentado na Tabela 10:

Tabela 10 - Dificuldades apontadas pelos enfermeiros para o desenvolvimento do trabalho nas Unidades de Pronto Atendimento

Dificuldades			
Atividade	Resultado	Freq.	%
Resolução problemas sem referência ao seu trabalho	Concorda total (aplica todo o fund.)	20	42,6%
Volume de atendimento da unidade	Concorda total (aplica todo o fund.)	16	34,0%
Dissociação do ensino formal e o cotidiano do trabalho	Concorda parcial (aplica na maioria)	22	46,8%
Exercício gerencial com vinculação acentuada às normas	Concorda parcial (aplica na maioria)	21	44,7%
Falta de protocolos institucionais	Concorda parcial (aplica na maioria)	18	38,3%
Sobrecarga de trabalho devido ao subdimensionamento de pessoal	Concorda parcial (aplica na maioria)	15	31,9%
Distanciamento das evidências, investigação e a prática clínica	Concorda parcial (aplica na maioria)	15	31,9%
Indisponibilidade de pessoal de apoio	Concorda parcial (aplica na maioria)	14	29,8%
Não aplicação método científico na prática do enfermeiro	Concorda parcial (aplica na maioria)	13	27,7%
Falta de motivação	Discorda parcial (não aplica na maioria)	17	36,2%
Déficit de conhecimento clínico	Discorda total (não aplica fundamento)	21	44,7%
Diferenciar manifestações clínicas	Discorda total (não aplica fundamento)	19	40,4%
Dificuldades metodológicas no desfecho da prática	Discorda total (não aplica fundamento)	18	38,3%
Manuseio de tecnologias	Discorda total (não aplica fundamento)	15	31,9%
Uso incorreto de protocolos de enfermagem	Discorda total (não aplica fundamento)	12	25,5%

Fonte: Coleta de dados, 2010.

Verifica-se uma diversidade de dificuldades enfrentadas no cotidiano do serviço pelos enfermeiros, o que em parte pode contribuir para algumas fragilidades assistenciais e gerenciais no trabalho. Contudo, os resultados demonstram também perspectivas no trabalho, por meio das variáveis apontadas nas quais houve discordância total dos enfermeiros.

Identifica-se na Tabela 10 que a resolução de problemas sem referência ao seu trabalho (20-42,6%) e o volume de atendimento da unidade (16-34%) aparecem como as principais dificuldades para o desenvolvimento do trabalho, partilhada pelos enfermeiros nas unidades de pronto atendimento.

Os eventos observados demonstram o trabalho dos enfermeiros no desenvolvimento de funções que não são atribuições do mesmo, bem como do volume de atendimento no serviço:

A enfermeira responsável pela classificação de risco estava tentando fechar uma escala de trabalho dos médicos, pois a responsável por essa atividade [a assistente social, segundo a enfermeira] não conseguiu resolver a falta de clínicos para os próximos plantões (OBS4).

Os enfermeiros atendem inúmeros usuários em um pequeno espaço de tempo. Para isso utilizam o mesmo formato de atendimento para todos. Essa padronização contribui para que todos os usuários sejam atendidos com agilidade e rapidez (OBS10).

Os trechos apontam que a postura de escuta e compromisso em dar respostas às necessidades de saúde trazidas pelo usuário, que inclua sua cultura, saberes e capacidade de avaliar riscos, está comprometida pelo fluxo intenso que busca o serviço e pelo comprometimento dos enfermeiros com outras funções dentro do serviço.

Os resultados indicam, ainda, que o acolhimento com avaliação e classificação de risco está sendo utilizado para priorizar as demandas dos serviços, com o objetivo de agilizar o atendimento e ordenar o tempo de espera.

Segundo Nascimento; Nascimento (2005), para que os enfermeiros desenvolvam o atendimento com agilidade e rapidez é necessário que tenham um bom conhecimento clínico e saibam encaminhar os usuários corretamente, seguindo os protocolos estabelecidos e priorizando o atendimento dos casos graves, diminuindo o risco de morte e aumentando a expectativa de vida. Esse atendimento realizado pelos enfermeiros garantirá à equipe de saúde que as pessoas que estão do lado de fora e que já foram classificadas, realmente podem esperar pelo atendimento, e tem menos chances de que algum agravo aconteça durante sua permanência na sala de espera.

Identifica-se, ainda na Tabela 10, que o exercício da gerência, com vinculação acentuada às normas institucionais (21-44,7%) aparece como uma dificuldade partilhada pelos enfermeiros no desenvolvimento do cuidado e do gerenciamento do cuidado.

Um estudo no pronto atendimento destacou que a cultura organizacional influencia as ações dos enfermeiros nesta unidade, interferindo diretamente no processo de trabalho do enfermeiro e isso pode ajudar ou dificultar a tomada de decisão (BRUSAMOLIN; MONTEZELI; PERES, 2010).

Na observação identificou-se que as normas institucionais aparecem como fator dificultador no desenvolvimento do trabalho do enfermeiro na classificação de risco:

A enfermeira da classificação de risco é lembrada pelo técnico de enfermagem que o atendimento tem que ocorrer de forma mais rápida, de acordo com o que preconiza o protocolo de classificação de risco implantado na unidade (OBS4).

Essa situação demonstra a preocupação da equipe em manter o rigor das normas do protocolo de classificação de risco, que determina tempo para o atendimento, despreocupando-se com a tomada de decisão clínica que define o caminho que o usuário percorrerá no serviço ou fora dele.

A sobrecarga de trabalho devido ao subdimensionamento de pessoal (15-31,9%) também aparece na Tabela 10, bem como nos eventos observados. Essa problemática, associada as demais dificuldades mencionadas contribuem nas fragilidades assistenciais e gerenciais do enfermeiro. Kellermann (2006) destaca que os efeitos da superlotação dos serviços de emergência são exacerbados pelo pequeno número de profissionais enfermeiros disponíveis para trabalharem nesses serviços.

Estudos de Almeida; Pires (2007), Garlet, et al. (2009), Nascimento; Nascimento (2005), confirmam que essa e outras dificuldades relacionadas à pouca disponibilidade de recursos humanos, materiais e espaço físico, interferem no atendimento às necessidades dos usuários. Essas dificuldades são encontradas na maioria dos serviços brasileiros de emergência, expressas por meio da estrutura física e tecnológica inadequada, insuficiência de equipamentos, recursos humanos limitados, capacitação insuficiente para o trabalho.

Entende-se que as dificuldades apontadas refletem a importância dos recursos humanos e materiais e da educação permanente para a qualificação da força de trabalho na realidade dos serviços de pronto atendimento.

Os resultados da Tabela 10 destacam, ainda, que as variáveis referentes a prática clínica não foram consideradas dificuldades para o desenvolvimento do trabalho dos enfermeiros no pronto atendimento. As variáveis referentes às dificuldades que tratam sobre o

déficit de conhecimento clínico (21-44,7%), dificuldades em diferenciar manifestações clínicas (19-40,4%), dificuldades metodológicas no desfecho da prática (18-38,3%), dificuldades de manuseio de tecnologias (15-31,9%) e o uso incorreto de protocolos de enfermagem (12-25,5%) foram apontadas com discordância total pelos enfermeiros.

Esses achados indicam que o desenvolvimento do trabalho dos enfermeiros no pronto atendimento é pautado em um sólido saber clínico, que define a conduta e a tomada de decisão quanto aos cuidados a serem realizados, bem como para adequado encaminhamento dos usuários dentro e fora desse serviço.

Embora resultados apresentados anteriormente retratem que devido ao volume de atendimento os enfermeiros desenvolvam avaliações rápidas e sem detalhamento, com finalidade de ordenar as demandas, os resultados da observação também apontam que, quando é possível, os enfermeiros desenvolvem a prática clínica com competência e segurança.

A enfermeira em atendimento na sala de observação, uma criança com febre. Conversa com a mãe sobre quadro clínico, aparecimento dos sintomas, rotina da criança. Realiza uma breve anamnese, um exame físico detalhado, descreve os sinais e sintomas clínicos no boletim de atendimento (OBS7).

O enfermeiro recebe usuário na sala de classificação de risco com queixas múltiplas e fortes dores abdominais. Realiza um exame físico, detalhando a região abdominal, utilizando a ausculta e a palpação (OBS 3).

Os aspectos clínicos são destacados na prática do enfermeiro, no entanto, entende-se que os diversos aspectos psicossociais que acompanham os processos biológicos são de certa forma ignorados. Contudo, a abordagem clínica é necessária no desenvolvimento do trabalho e na identificação de evidências clínicas no atendimento aos usuários com agravos agudos e urgentes. Para Sousa, et al. (2005) é fundamental o fortalecimento do conhecimento pautado na clínica para a realização de um cuidado efetivo.

Os achados de Nascimento; Nascimento (2005) destacam que os enfermeiros nos serviços de urgência percebem como potencialidades para o trabalho a prioridade e agilidade no atendimento aos usuários que estão com agravos agudos de saúde e que necessitam de intervenção imediata com uma resposta ao problema de saúde apresentado pelo usuário.

Embora com ressalvas quanto à escuta qualificada no trabalho dos enfermeiros no pronto atendimento, os achados evidenciaram a efetiva consolidação dos enfermeiros no acolhimento com avaliação e classificação de risco. O potencial clínico desse trabalho confirma a relevância do enfermeiro à frente da avaliação dos usuários por meio da avaliação clínica, conduzindo-os aos serviços, direcionando as trajetórias dos usuários no serviço.

Dessa forma, identifica-se um potencial do trabalho dos enfermeiros em unidades de pronto atendimento, pois se reconhece que o conhecimento da clínica é importante para a instrumentalização nas tomadas de decisão, colaborando na produção de cuidados.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A trajetória percorrida nesta investigação teve o objetivo de analisar a organização tecnológica do trabalho dos enfermeiros em Unidades de Pronto Atendimento, de modo a apreender a configuração da dimensão assistencial e gerencial do trabalho, os saberes tecnológicos e o conjunto de instrumentos utilizados pelos enfermeiros para atuação em seu objeto de trabalho, privilegiando a compreensão da finalidade desse trabalho no espaço que a prática dos enfermeiros ocupa na produção de cuidados.

A utilização de mais de uma estratégia de coleta de dados propiciou a combinação dos dados empíricos, obtendo-se uma visão múltipla do objeto de estudo. O questionário como técnica para coleta de dados quantitativos permitiu evidenciar a concepção que os enfermeiros têm quanto ao trabalho que realizam. Os dados qualitativos obtidos na observação de eventos permitiram conhecer o cotidiano de trabalho dos enfermeiros no micro espaço da unidade de pronto atendimento, utilizados para complementar o material obtido através do questionário.

Retomando os pressupostos deste estudo e a discussão do material empírico, os principais resultados e contribuições desta investigação permitiram as seguintes conclusões e considerações:

Referente ao trabalho dos enfermeiros na dimensão assistencial verificou-se que dentre as atividades assistenciais mais frequentes destacou-se o acolhimento com avaliação e classificação de risco, confirmado pelas informações obtidas na observação dos eventos.

Os enfermeiros estão atentos aos usuários que chegam ao serviço, antes mesmo que sejam encaminhados para a sala de classificação de risco, preocupando-se em ouvir as queixas do usuário. Contudo, a avaliação volta-se estritamente para as necessidades clínicas, revelando uma associação exclusiva com as demandas biomédicas, fundamentada na disfunção biológica do corpo.

O acolhimento com avaliação e classificação de risco desenvolvido pelos enfermeiros tem como intenção a identificação de prioridades para atender a todos os usuários com agilidade e rapidez, visando à diminuição da demanda e à organização do serviço. Para tanto, o desenvolvimento da *anamnese* e a avaliação clínica pelo enfermeiro está direcionado à investigação da queixa principal, restringindo a avaliação clínica e interferindo na conduta clínica do enfermeiro na classificação de risco.

Os procedimentos técnicos também são indicados como atividades assistenciais, verificando-se que a realização dos procedimentos se destaca no processo de trabalho dos enfermeiros, com desenho tecno-assistencial influenciado pelos aspectos biológicos.

Os enfermeiros apontaram a crise hipertensiva como o principal agravo urgente que aporta na unidade, destacando que os atendimentos de parada cardiorrespiratória e de choques (hipovolêmico, neurogênico, anafilático) aparecem eventualmente no serviço, revelando que os agravos de maior procura são as situações urgentes de menor densidade tecnológica, o que caracteriza as unidades de pronto atendimento como serviços complementares à atenção primária em saúde.

Dentre as atividades assistenciais destacaram-se nos dados quantitativos com muita frequência o desenvolvimento de atividades preventivas, contudo, verificou-se que essas atividades, quando observadas no cotidiano do serviço, são realizadas esporadicamente, quando os enfermeiros desenvolvem atendimentos de atenção primária, o que caracteriza que as ações de prevenção não fazem parte do foco do trabalho dos enfermeiros nas unidades de pronto atendimento.

Na dimensão gerencial identificou-se que as atividades de distribuição de tarefas entre a equipe de enfermagem, o dimensionamento de pessoal de enfermagem, a organização de escalas de trabalho da enfermagem e o preenchimento de relatórios são as atividades desenvolvidas com maior frequência pelos enfermeiros no pronto atendimento.

As ações de gerência do cuidado apontadas visam à previsão e provisão de recursos para produção do cuidado, por meio da organização e divisão do trabalho da equipe de enfermagem, tendo como objeto de trabalho gerencial a organização do trabalho e os recursos humanos de enfermagem.

Em contrapartida, as atividades de educação em serviço e de educação permanente para a equipe de enfermagem são raramente desenvolvidas pelos enfermeiros. As atividades de caráter permanente são pensadas e articuladas pelos enfermeiros responsáveis por esta atividade, juntamente com o enfermeiro que coordena o serviço, não sendo observada a participação dos demais profissionais de enfermagem nesse processo.

A educação em serviço ocorre sem uma programação prévia, no momento em que uma situação oportuniza essa prática, contudo, as atividades de educação observadas estavam voltadas para a instrumentação técnica da equipe de trabalho.

Os resultados revelaram que na dimensão gerencial, os enfermeiros reconhecem o cuidado como foco possível e necessário de ser gerenciado, no entanto, necessitam avançar quanto à participação dos demais trabalhadores e usuários nesse processo.

Os enfermeiros destacaram como as principais finalidades do seu trabalho o encaminhamento a níveis adequados de assistência, o atendimento clínico do usuário; a assistência ao usuário em situação de urgência e a recuperação da saúde, tratando doenças e agravos. A coordenação dos serviços da equipe de enfermagem foi também apontada como finalidade do trabalho, contudo os demais resultados demonstraram que a prioridade do trabalho do enfermeiro é a assistência ao usuário com demandas clínicas.

Os achados permitem afirmar que a finalidade do trabalho dos enfermeiros nas unidades de pronto atendimento de Porto Alegre busca a garantia de acesso ao serviço, a partir da identificação de prioridades para o atendimento, segundo a necessidade clínica de saúde de cada usuário, por meio do acolhimento com avaliação e classificação de risco.

Quanto ao conjunto de saberes e instrumentos de trabalho utilizados pelos enfermeiros com mais frequência identificou-se o uso do julgamento e da tomada de decisão clínica para a resolução dos problemas diagnosticados, direcionando o itinerário do usuário dentro do serviço, a partir das necessidades cunho clínico.

Destacaram-se também, a escuta e o acolhimento; com a intenção de interagir com o usuário na classificação do risco, na escuta de suas queixas, no entanto, a demanda intensa ao serviço tem dificultado a utilização dessas tecnologias pelos enfermeiros.

A utilização com muita frequência dos equipamentos para realização de procedimentos confirma o destaque à intervenção instrumental, dando ênfase para a execução de procedimentos pautados nos saberes técnico-científicos, no desenvolvimento do trabalho do enfermeiro.

A relevância do saber clínico ficou evidente no trabalho dos enfermeiros no pronto atendimento, sendo apontado com muita frequência nos dados quantitativos e confirmado pelos eventos observados no cotidiano de trabalho.

A utilização do processo de enfermagem para atendimento às urgências obteve destaque entre os resultados quantitativos como um instrumento de trabalho de uso frequente, no entanto, os resultados qualitativos não contemplaram a observação da aplicação deste método no processo de trabalho dos enfermeiros, podendo estar implícito no cumprimento de rotinas estabelecidas no serviço, sem um referencial de abordagem ao usuário.

Os achados evidenciaram que os saberes e os instrumentos de trabalho configuram as práticas dos enfermeiros para a identificação do risco/vulnerabilidade do usuário, considerando as dimensões biológicas do adoecer, promovendo a orientação e os encaminhamentos necessários para a resolução do problema demandado.

As resoluções de problemas sem referência ao seu trabalho e o volume de atendimento da unidade apareceram como as principais dificuldades para o desenvolvimento do trabalho. Com menor destaque evidenciou-se o exercício da gerência com vinculação acentuada às normas institucionais e a sobrecarga de trabalho devido ao subdimensionamento de pessoal como dificuldades apontadas pelos enfermeiros.

Contudo, se sobressaíram as variáveis referentes ao domínio sobre o conhecimento clínico, as habilidades em diferenciar manifestações clínicas, as habilidades metodológicas para o desfecho da prática, as habilidades para manuseio de tecnologias e a destreza para o uso de protocolos de enfermagem como potenciais no trabalho dos enfermeiros no pronto atendimento.

Os enfermeiros destacam-se como responsáveis pela porta de entrada, através do acolhimento com avaliação e classificação do risco, das atividades gerenciais, organizacionais e assistenciais, direcionando os caminhos a serem percorridos pelo usuário nos serviços de Pronto Atendimento de Porto Alegre. Assim, essa atividade conduzindo-os na operacionalização de mudanças no cenário, acolhendo toda a demanda, escutando e dando respostas aos problemas dos usuários, promovendo uma assistência oportuna e pontual, contribui na melhoria do prognóstico clínico dos usuários atendidos, reorganizando os processos de trabalho da equipe de trabalho.

Os resultados revelam que em muitos momentos os enfermeiros buscam enriquecer sua conduta, ampliando o atendimento para além da queixa clínica inicial como tentativa de romper com a lógica do modelo assistencial biomédico, porém, ainda de forma incipiente dentro da lógica de um serviço que prima por intervenções de enfermagem de caráter instrumental.

Os achados desta tese permitiram compreender que a organização tecnológica do trabalho dos enfermeiros nas Unidades Pronto Atendimento se configura pelo desenvolvimento de um trabalho com predominância assistencial por meio do acolhimento com avaliação e classificação de risco, bem como por atividades gerenciais relativas à previsão e provisão de recursos para produção do cuidado. Tem como principal finalidade o encaminhamento aos níveis adequados de assistência dentro e fora do serviço por meio do atendimento clínico do usuário e da assistência nas situações de urgência. Para tanto, utiliza-se de um conjunto de instrumentos, destacando-se majoritariamente o julgamento e a tomada de decisão clínica, a escuta e acolhimento, os equipamentos para os procedimentos técnicos e o saber clínico.

Assim, confirma-se o pressuposto inicial deste estudo de que as atividades dos enfermeiros nas Unidades de Pronto Atendimento utilizam saberes tecnológicos na resolução de problemas do cotidiano, garantindo a infraestrutura e a manutenção do cuidado. Os achados da pesquisa permitem afirmar que o trabalho dos enfermeiros no cenário do pronto atendimento vem conformando os demais processos de trabalho da equipe de saúde, bem como organizando as demandas que buscam o serviço, por meio da utilização de saberes tecnológicos específicos.

Aponta-se a necessidade de se ampliarem as discussões sobre os desafios para o desenvolvimento do trabalho dos enfermeiros em unidades de pronto atendimento, onde a demanda deve ser acolhida com agilidade e ao mesmo tempo deve ser precedido de um processo de tomada de decisão com escuta qualificada e um aprofundamento do julgamento clínico das queixas.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M. C. P.; MISHIMA, S. M.; PEDUZZI, M. A pesquisa em enfermagem fundamentada no processo de trabalho: em busca da compreensão e qualificação da prática de enfermagem. In: Congresso Brasileiro de Enfermagem, 51. Congresso Pan-americano de Enfermeria, 10., 2000, Florianópolis. **Anais....** Florianópolis: UFSC, 2000, p. 259-77.
- ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, J. S. Y. **O Saber de enfermagem e sua dimensão prática.** São Paulo: Cortez, 1986.
- ALMEIDA, M. C. P. **O trabalho de enfermagem.** São Paulo: Cortez, 1997.
- ALMEIDA, P. J. S.; PIRES, D. E. P. O trabalho em emergência: entre o prazer e o sofrimento. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiás, v. 9, n. 3, p. 617-629. 2007.
- AMESTOY, S. C.; SCHVEITZER, M. C.; MEIRELLES, B. H. S.; BACKES, V. M. S.; ERDMANN A. L. Paralelo entre educação permanente em saúde e administração complexa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 31, n. 2, p.383-387. 2010.
- ANSEMI, M. L.; PINTO, I. C. et al. Organização do processo gerencial no trabalho em saúde pública. In: Almeida, M. C. P.; ROCHA, S. M. N, (Org.). **O trabalho de enfermagem.** São Paulo: Cortez, 1997.
- AZEVEDO, R. C. S.; RAMOS, F. R. S. Modos de conhecer e intervir: a constituição do corpo no cuidado de enfermagem no hospital. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.15, n. esp., p. 55-63. 2006.
- AZZOLIN, G. M. C.; PEDUZZI, M. Processo de trabalho gerencial e processo de enfermagem na perspectiva de docentes de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 28, n. 4, p. 549-55. 2007.
- BEAVER, K.; CRAVEN, O.; WITHMAN, G.; TOMLINSON, M.; SUSNERWALA, S.; JONES, D.; LUKER, K.A. Patient participation in decision making: views of health professionals caring for people with colorectal cancer. **Journal of Clinical Nursing**, China, v.16, n. 4, p.725-733. 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196, de 10 de outubro de 1996.** Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde . **Portaria nº 2048 de 05 de novembro de 2002:** Regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Regulação Médica das Urgências.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1863 de 29 de setembro de 2003.** Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde **Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007.** Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRUSAMOLIN, L.; MONTEZELI, J. H.; PERES, A. M. Use of the managerial abilities by nurses of a ready attendance hospital. **Revista de enfermagem da UFPE**, Pernambuco, v. 4 n. 2, p. :818-824. 2010.

CAMPOS, G. W. S. Debate: Suficiências e insuficiências para a Atenção Básica no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro v. 24, sup 1, ,p. 517-519. 2008.

CASTELLANOS, B., E. P. et al. Os desafios da Enfermagem para os anos 90. In: Congresso Brasileiro de Enfermagem, 41., 1989, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis: CBEn, 1989, p. 144-157.

CASTILHO, V.; GONÇALVES, V. L. M. Gerenciamento de recursos materiais. In: KURCGANT, P. (org.). **Gerenciamento em enfermagem.** São Paulo: Guanabara Koogan, 2005.

CEZAR VAZ, M. R.; CARDOSO, L. S.; BONOW, C. A.; SANT'ANNA, C. F.; SENA, J. Conhecimento clínico do enfermeiro na atenção primária à saúde: aplicação de uma matriz filosófica de análise. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.19, n.1, p. 17-24. 2010.

COLLIÈRE, M. F. **Promover a vida:** da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1989.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa:** métodos qualitativos, quantitativo e misto. 3. ed. Tradução: Magda Lopes. Porto Alegre: Artmed, 2010.

ERMELLI, R. C.; FRACOLLI, L.A. O trabalho das enfermeiras no Programa de Saúde da Família em Marília/SP. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 533-539. 2006.

FERNANDES, R. J. **Caracterização da atenção pré-hospitalar móvel da Secretaria de Saúde do município de Ribeirão Preto-SP.** 2004. 101 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

FRACOLLI, L. A.; GRANJA, G. F. A utilização da categoria processo de trabalho pela enfermagem brasileira: uma análise bibliográfica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 39, n. esp., p. 597-602. 2005.

FURTADO, B. M. A. S. M.; ARAÚJO JR. 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.279-288. 2004.

FURTADO, B. M. A. S. M. **O trabalho do enfermeiro em emergência**: representação social, comprometimento, satisfação e condições de trabalho - O caso do Hospital da Restauração. 2009. 185 f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães- Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2009

GAIDZINSKI, R. R.; FUGULIN, F. M. T.; CASTILHO, V. Dimensionamento de Pessoal de Enfermagem em Instituições de Saúde. In: KURCGANT, P. (Org.) **Gerenciamento em enfermagem**. São Paulo: Guanabara Koogan, 2005.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L.; Processo de Enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.13, n.1, p. 188-193, mar. 2009.

GARLET, E. R.; LIMA, M. A. S.; SANTOS, J. L. G.; MARQUES, G. Q. Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 266-272, abr-jun. 2009

GOMES, A. M. T; OLIVEIRA, D. C. A enfermagem entre os avanços tecnológicos e a inter-relação: representações do papel do enfermeiro. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p.156-161, abr-jun. 2008.

GOMES A. M. T.; OLIVEIRA D. C., MARQUES, S. C. A representação social do trabalho do enfermeiro na programação em saúde. **Psicologia: Teoria e Prática**, São Paulo, ed. especial; p. 79-90, 2004.

GOMES, A. M. T.; OLIVEIRA, D. C. A representação social da autonomia profissional do enfermeiro na Saúde Pública. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 58, n. 4, p.393-398, jul-ago. 2005.

HAUSMANN, M.; PEDUZZI, M. Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do Processo de Trabalho do Enfermeiro. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 258-65, abr-jun. 2009.

KELLERMANN, A. L. Crisis in the emergency department. **The new england journal of medicine**, Boston, v. 355, n. 13, p. 1300-1302, sep. 2006.

KIRCHHOF, A. L. C. O trabalho da enfermagem: análise e perspectivas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 6, p. 669-673. 2003.

KOERICH, M. S. et al. Tecnologias de cuidado em saúde e enfermagem e as suas perspectivas filosóficas. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 15, n. esp., p. 178-185. 2006.

KOVACS M.H., FELICIANO K.V.O.; SARINHO S.W.; VERAS A.A.C.A. Acessibilidade às ações básicas entre crianças atendidas em serviço de pronto-socorro. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v.81, n. 3, p. 251-258. 2005.

LEOPARDI, M. T.; GELBECKE, F.L.; RAMOS, F. R. S. Cuidado: objeto de trabalho ou objeto epistemológico da enfermagem? **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 32-49, jan-abr. 2001.

LEOPARDI, M. T. Instrumentos de trabalho em saúde: razão e subjetividade. In: _____. (Org.) **O processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade**. Florianópolis: Pappalivros, 1999.

LIMA, M. A. S. **O trabalho de enfermagem na produção de cuidados de saúde no modelo clínico**. 1998. 227 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da USP. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1998.

LUCENA, A. F. et al. Construção do conhecimento e do fazer enfermagem e os modelos assistenciais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 292-298. 2006.

MARQUES, G. Q. **Demandas do pronto atendimento e os processos de trabalho em serviços de porta aberta**. 2004. 132f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

MARQUES, G. Q.; LIMA, M. A. D. 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, jan-fev. 2007.

MARX, K. **O Capital**. 14. ed. São Paulo: Difel, 1994.

MATSUDA, L. M; SILVA, D. M. P; ÉVORA, Y, D. M; COIMBRA, J. A. H. Anotações/registros de enfermagem: instrumento de comunicação para a qualidade do cuidado. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiás, v. 8, n. 3, p. 415-421. 2006.

MELO E.M.C., ASSUNÇÃO A.A., FERREIRA, R.A. O trabalho dos pediatras em um serviço público de urgências: fatores intervenientes no atendimento. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 12, p. 3000-3010, dez. 2007

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

_____. **Práticas de saúde: processo de trabalho e necessidades**. São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde, 1992.

_____. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde: Características tecnológicas de processo de trabalho na Rede Estadual de Centros de Saúde de São Paulo**. São Paulo: Hucitec, 1994.

MENDES, M. A. **Papel clínico do enfermeiro**: desenvolvimento do conceito. 2010. 154 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da USP. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

MERHY, E. E; FEURWERKER, L. C. M, CECCIM, R. B. Educación permanent em salud: uma estratégia para intervir em la micropolítica del trabajo em salud. **Salud Colectiva**, Buenos Aires, v. 2, n.2, p. 147-160. 2006.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo, Hucitec, 2010.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 237-248. 1993.

MISHIMA, S. M.; VILLA, T. C. S.; SILVA, E. M.; GOMES, E. L. R.; ANSEMI, M. L.; PINTO, I. C. et al. Organização do processo gerencial no trabalho em saúde pública. In: ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, S. M. N. (Org.). **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997.

NASCIMENTO, S. N.; NASCIMENTO, A. A. N. Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: a interface da vigilância da saúde versus ações programáticas em saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 333-345. 2005.

NAUDERER, T. M.; LIMA, M. A. D. S. Práticas de enfermeiros em unidades básicas de saúde. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 5. 2008.

NÓBREGA, M. F. B. **Processo de trabalho em enfermagem na dimensão do gerenciamento do cuidado em um hospital público de ensino**. 2006. 161 f. Dissertação (Mestrado em Cuidados Clínicos) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2006.

OLIVEIRA, D. C.; VIDAL, C. R. P. M.; SILVEIRA, L. C.; SILVA, L. M. S. O processo de trabalho e a clínica na enfermagem: pensando novas possibilidades. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 521-526, out-dez. 2009.

OLIVEIRA, L. H.; MATTOS, R. A.; SOUZA, A. I. S. Cidadãos peregrinos: os “usuários” do SUS e os significados de sua demanda a pronto-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 5, p. 1929-1938. 2009.

OLIVEIRA, N. C.; CHAVES, L. D. P. Gerenciamento de recursos materiais: o papel do enfermeiro de UTI. **Revista Rene**, Ceará, v. 10, n. 4, p. 19-27.2009.

PAIM, J. S. **Modelos assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde**: notas para discussão nos Seminários Temáticos Permanentes. ANVISA/ISCUFBA, 2001.

PEDUZZI M. **Equipe multiprofissional de saúde**: a interface entre o trabalho e interação. 1998. Fls. 343. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas. Campinas, 1998.

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

PEDUZZI, M.; ANSEMI, M. L. O processo de trabalho de enfermagem: a cisão entre planejamento e execução do cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 55, n. 4, p. 392-398, jul-ago. 2002.

PEDUZZI, M. **Trabalho em equipe de saúde da perspectiva de gerentes de serviços de saúde**: possibilidades da prática comunicativa orientada pelas necessidades de saúde dos usuários e da população. 2007. 247 f. Tese (Livre Docência em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da USP. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

PERES, A. M.; CIAMPONE, M. H. T. Gerência e competências gerais do enfermeiro. **Revista Texto & Contexto de Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 492-499, jul-set. 2006.

PINA, J. C.; MELLO, D. F.; LUNARDELO, S. M. Utilização de instrumento de registro de dados de saúde da criança e família e a prática do enfermeiro em atenção básica em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 42, n. 1, p. 270-273. 2006.

PIRES, P. S. **Tradução para o português e validação de instrumento para triagem de pacientes em serviço de emergência**: “Canadian Triage and Acuity Scale” (CTAS). 2003. 206 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da USP. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

PIRES, D. A enfermagem enquanto disciplina profissão e trabalho. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 5, p.739-744, set-out. 2009.

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

RIBEIRO C.D.M.; REGO S. Bioética clínica: contribuições para a tomada de decisões em unidades de terapia intensiva neonatais. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, sup. 2, p.2239-2246. 2008.

ROCHA, A. F. S. **Determinantes da procura de atendimento de urgência pelos usuários nas unidades de pronto atendimento da secretaria municipal de saúde de belo horizonte**. 2005. 99 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da UFMG. Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 2009.

ROCHA, S. M. M.; ALMEIDA, M. C. P. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, p. 96-101, dez. 2000.

ROSSANEIS, M. A. et al. Caracterização do atendimento após implantação do acolhimento, avaliação e classificação de risco em hospital público. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiás, v. 13, n. 4, p 648-656, out-dez. 2011.

ROSSI, F. R.; SILVA, M. A. D. S. 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.

SÁ, M. C.; CARRETEIRO, T. C.; FERNANDES, M. I. A. Limites do cuidado: representações e processos inconscientes sobre a população na porta de entrada de um hospital de emergência. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p.1334-1343, jun. 2008.

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

SANTOS, J. L. G.; LIMA, M. A. D. S. Gerenciamento do cuidado: ações dos enfermeiros em um serviço hospitalar de emergência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 4, p. 695-702, dez. 2011.

SCHRAIBER, L. B. Ética e subjetividade no trabalho em saúde. **Divulgação em saúde para debate**, Londrina, v.12, p.36-38. 1996.

SETZ, V.G. D.; INNOCENZO, M. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria. **Revista Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 313-317. 2009.

SHIROMA, L. M. B.; PIRES, D. E. P. Classificação de risco em emergência – um desafio para as/os enfermeiras/os. **Revista Enfermagem em Foco**, Salvador, v.2, n. 1, p.14-17.2011.

SILVA, A. M. **Processo de trabalho e atividades educativas de trabalhadores de enfermagem em hospitais públicos**. 2010. 196 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da USP. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

SILVA, A. T. M. C.; BARROS, S. Trabalho de enfermagem no Hospital Dia na perspectiva da reforma psiquiátrica em João Pessoa – Paraíba. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 310-316. 2005.

SILVA, E. M.; NOZAMA, M. R.; SILVA, J. C.; CARMONA, S. A. M. L. D. Práticas das enfermeiras e políticas de saúde pública em Campinas, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 989-998, jul-ago. 2001.

SOARES, E.; AGUIAR, B. G. C. Diagnóstico das condições de realização da triagem em pronto-socorro: proposta de um modelo alternativo. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.19, n. 1, p. 34-40. 1995.

SOUSA, L. D. et al. A produção científica da enfermagem acerca da clínica: uma revisão integrativa. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 494-500. 2005.

SOUZA, Cristiane Chaves de. **Grau de concordância da classificação de risco de usuários atendidos em um pronto-socorro utilizando dois diferentes protocolos**. 2009. 121 f.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

SOUZA, R. S.; BASTOS, M. A. R. Acolhimento com classificação de risco: o processo vivenciado por profissional enfermeiro. **Revista Mineira de Enfermagem – REME**, Belo Horizonte, v.12, n.4, p.581-586, out./dez. 2008.

SOUZA, M. L; SARTOR, V. V. B; PADILHA, M. I. C. S; PRADO, M. L. O Cuidado em enfermagem - uma aproximação teórica. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n.2, p. 266-270, abr-jun. 2005.

SWEARINGEN, C. D. Using Nursing Perspectives to Inform Public Health Nursing Workforce Development. **Public Health Nursing**, USA v. 26, n. 1, p. 79–87, jan./feb. 2009.

TANNER, C. A. Thinking Like a Nurse: A Research-Based Model of clinical Judgment in Nursing. **Journal of Nursing Education**, Thorofare, USA, v. 45, n. 6, June. 2006.

VALENTIM, M. R. D.; SANTOS, M. L. S. C. Políticas de saúde em emergência e a enfermagem. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 285-289, abr-jun. 2009.

VIEIRA, S. **Como elaborar questionários**. São Paulo: Atlas, 2009.

WEHBE, G.; GALVÃO, C. M. O enfermeiro de unidade de emergência de hospital privado: algumas considerações. **Revista Latino-americano de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 2, p. 86-90. 2001.

YWATA, G. C. C. et al. A prática do enfermeiro assistencial em um serviço de pronto atendimento adulto. **Revista Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 14, n. 4, p.734-739. 2009.

APÊNDICE A - Roteiro do Questionário

A ORGANIZAÇÃO TECNOLÓGICA DO TRABALHO DOS ENFERMEIROS NA PRODUÇÃO DE CUIDADOS EM UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO DE PORTO ALEGRE

Parecer Consubstanciado - CEP 498 - Processo nº 001.020247.10.9 (“Estruturação da Rede de Serviços de Saúde do Município de Porto Alegre para o atendimento às urgências”)

ROTEIRO DO QUESTIONÁRIO PARA COLETA DE DADOS COM ENFERMEIROS NAS UPAS

Nº DO QUESTIONÁRIO ____

DATA _____

INSTRUÇÕES

Este questionário tem o objetivo de Analisar o Trabalho dos Enfermeiros nos serviços de Pronto Atendimento (UPAs) do município de Porto Alegre.

Para tanto, foram utilizadas escalas de frequência e concordância com variação de 1 a 5, para que você possa responder de acordo com a que cada opção lhe remeter.

Por favor, responda todas as questões, no entanto, sinta-se a vontade para não responder à questões que julgares incômoda.

PARTE I

IDENTIFICAÇÃO

1. Idade_____
2. Sexo ()F ()M
3. Local de atuação: _____
4. Gerência Distrital:_____
5. Tempo de atuação no setor (em anos) _____
6. Ano de conclusão da graduação em Enfermagem_____
7. Instituição: PÚBLICA () PRIVADA ()
8. Maior nível de pós-graduação:
() Especialização () Mestrado () Doutorado () Não possui
9. Instituição: PÚBLICA () PRIVADA ()
10. Ano de Conclusão_____

PARTE II

1 Nunca	2 Raramente (Menos de 1 vez na semana)	3 Eventualmente (Até 1 vez por semana)	4 Frequentemente (Até 3 vezes por semana)	5 Muito Frequentemente (Mais de 5 cinco vezes na semana)
----------------	--	--	---	--

A) As atividades desenvolvidas na UPA compreendem:**✓ Atividades Assistenciais**

11. Verificação de dados vitais ()
12. Classificação de risco na recepção/acolhimento dos usuários ()
13. Manejo de via aérea com máscara laríngea ()
14. Anamnese e avaliação clínica ()
15. Curativos ()
16. Medicações ()
17. Sondagem vesical ()
18. Sondagem nasogástrica ()
19. Sondagem nasoentérica ()
20. Inalação ()
21. Eletrocardiograma ()
22. Glicemia capilar ()
23. Gasometria arterial ()
24. Preenchimento de dados clínicos no boletim ()
25. Desenvolvimento da evolução de enfermagem no prontuário ()

1 Nunca	2 Raramente (Menos de 1 vez na semana)	3 Eventualmente (Até 1 vez por semana)	4 Frequentemente (Até 3 vezes por semana)	5 Muito Frequentemente (Mais de 5 vezes na semana)
----------------	--	--	---	--

✓ Atividades de prevenção à saúde

26. Detecção de situações de risco ()
27. Orientações sobre cuidados de saúde ()

1 Nunca	2 Raramente (Menos de 1 vez na semana)	3 Eventualmente (Até 1 vez por semana)	4 Frequentemente (Até 3 vezes por semana)	5 Muito Frequentemente (Mais de 5 vezes na semana)
----------------	--	--	---	--

✓ **Auxílio a equipe de saúde nos atendimentos de urgência**

28. Parada cardiorrespiratória ()
29. Traumas ()
30. Choques (hipovolêmico, neurogênico, anafilático) ()
31. Urgências metabólicas (cetoacidose e alcalose) ()
32. Intoxicações (drogas lícitas e ilícitas, animais peçonhentos) ()
33. Ferimentos com arma branca e arma de fogo ()
33. Queimaduras (calor, radiação, elétrica, solar, química) ()
35. Síncope e desmaios ()
36. Crise convulsiva ()
37. Crise hipertensiva ()
38. Urgências psiquiátricas ()

1 Nunca	2 Raramente (Menos de 1 vez na semana)	3 Eventualmente (Até 1 vez por semana)	4 Frequentemente (Até 3 vezes por semana)	5 Muito Frequentemente (Mais de 5 cinco vezes na semana)
----------------	--	--	---	--

✓ **Atividades Gerenciais**

39. Educação permanente para equipe de enfermagem ()
40. Implantação de Protocolos de Enfermagem ()
41. Implantação de Protocolos de Classificação de Risco ()
42. Dimensionamento da equipe ()
43. Provisão de Materiais ()
44. Organização das escalas de trabalho da equipe ()
45. Educação em serviço para melhoria do desempenho profissional ()
46. Distribuição de tarefas junto a equipe ()
47. Coordenação de reuniões periódicas com a equipe ()
48. Preenchimento de relatórios relativos ao seu trabalho ()

49. Preenchimento de relatórios relativos ao trabalho dos demais membros da equipe ()

1 Discordo totalmente Significa que tu não aplicas o fundamento descrito.	2 Discordo parcialmente Significa que tu não aplicas o fundamento descrito em sua maioria.	3 Indeciso Significa que existem dúvidas se o fundamento é aplicado em sua maioria ou minoria.	4 Concordo parcialmente Significa que o fundamento descrito na afirmação é aplicado na sua maioria.	5 Concordo totalmente Significa que tu aplicas totalmente o fundamento descrito na afirmação.
---	--	--	---	---

B) A finalidade do teu trabalho compreende:

50. Desenvolver atendimento clínico ao usuário ()
51. Recuperar a saúde, tratando doenças e/ou agravos ()
52. Identificar grupos de risco e controlar doenças ou agravos ()
53. Ser co-responsável pela saúde das pessoas, atuando em conjunto com outros serviços do município (Hospitais, UBS, ESF) ()
54. Assistência aos indivíduos em situação de urgência ()
55. Fazer julgamentos clínicos sobre as prioridades de assistência, a partir da experiência do usuário sobre a doença ou agravado, avaliando os recursos de enfrentamento ()
56. Gerir processos altamente complexos, tais como a resolução de conflitos entre familiares e o serviço ()
57. Encaminhamento do usuário aos níveis adequados de assistência (classificação do risco) ()
58. Coordenar os serviços da equipe de enfermagem ()

1 Nunca	2 Raramente (Menos de 1 vez na semana)	3 Eventualmente (Até 1 vez por semana)	4 Frequentemente (Até 3 vezes por semana)	5 Muito Frequentemente (Mais de 5 cinco vezes na semana)
----------------	--	--	---	--

C) Instrumentos que tu utilizas para desenvolver o trabalho:

59. Política Nacional de Atenção às Urgências ()
60. Protocolo de Classificação de Risco do Ministério da Saúde ()
61. Outros modelos de protocolos de Classificação de Risco (Manchester, Canadense, entre outros) ()

62. Resolução que institucionaliza as Unidades de Pronto Atendimento no Brasil ()
63. Política Nacional de Humanização ()
64. Saber Clínico (Semiologia, Fisiopatologia, Bioquímica, Parasitologia, Farmacologia, Anatomia, entre outros) ()
65. Saber Epidemiológico (sistemas de informação em saúde, indicadores de morbimortalidade, prevalência e incidência de doenças e agravos à saúde) ()
66. Escuta e acolhimento ()
67. Processo de enfermagem para o atendimento de urgências ()
68. Equipamentos para realização de procedimentos: estetoscópio, esfigmomanômetro, termômetro, oxímetro, glicosímetro, entre outros ()
69. Julgamento clínico e tomada de decisão clínica (avaliação, diagnóstico e intervenções de enfermagem / classificação do risco e encaminhamento aos níveis adequados) ()
70. Associação de achados científicos ao seu contexto da prática ()
71. Teorias Administrativas e de Enfermagem utilizadas para o gerenciamento e organização do serviço ()
72. Conhecimentos oriundos da própria comunidade (costumes, culturas, modos de vida, entre outros) ()
73. Conhecimentos oriundos de equipe de trabalho (técnicos, auxiliares de enfermagem e médicos) ()

1 Discordo totalmente Significa que tu não aplicas o fundamento descrito.	2 Discordo parcialmente Significa que tu não aplicas o fundamento descrito em sua maioria.	3 Indeciso Significa que existem dúvidas se o fundamento é aplicado em sua maioria ou minoria.	4 Concordo parcialmente Significa que o fundamento descrito na afirmação é aplicado na sua maioria.	5 Concordo totalmente Significa que tu aplicas totalmente o fundamento descrito na afirmação.
---	--	--	---	---

✓ **Na tua concepção o processo de implantação da Classificação de Risco contribui:**

74. Com mudanças no cenário do serviço do pronto atendimento, considerado umas das portas de entrada do Sistema Único de Saúde ()
75. Com o acolhimento de toda a demanda, escutando e oferecendo assistência de acordo com as necessidades demandadas ()
76. Para a construção coletiva de propostas com a equipe local e com a rede de serviços e gerências centrais e distritais ()

77. Para uma assistência mais oportuna e pontual, contribuindo para a melhoria do prognóstico clínico dos usuários atendidos ()

78. Para a reorganização do trabalho, no qual enfermeiro assume o papel de sujeito do processo, passando a conduzi-lo com mais autonomia ()

1 Discordo totalmente Significa que tu não aplicas o fundamento descrito.	2 Discordo parcialmente Significa que tu não aplicas o fundamento descrito em sua maioria.	3 Indeciso Significa que existem dúvidas se o fundamento é aplicado em sua maioria ou minoria.	4 Concordo parcialmente Significa que o fundamento descrito na afirmação é aplicado na sua maioria.	5 Concordo totalmente Significa que tu aplicas totalmente o fundamento descrito na afirmação.
---	--	--	---	---

✓ **A partir da tua vivência como enfermeira na UPA, quais resultados tu acreditas que a prática do acolhimento com avaliação e classificação de risco propicia?**

79. Ordenação do atendimento de acordo com a necessidade/gravidade de cada caso, não mais deixando pessoas que necessitam de atendimento rápido aguardando nas filas ()

80. Diminuição do tempo de espera pelo atendimento do usuário em situação de real urgência/emergência ()

81. Diminuição de ocorrências indesejadas nas filas de espera ()

82. Melhoria no prognóstico dos usuários associada à intervenção mais rápida e oportuna conforme a necessidade ()

83. Permite informar ao usuário a expectativa de atendimento e o tempo de espera, diminuindo-lhe a ansiedade e aumentando-lhe o nível de satisfação ()

84. Melhor organização de fluxos e estabelecimento de relações entre os diferentes níveis de atenção (UBS, ESF, hospitais) ()

1 Discordo totalmente Significa que tu não aplicas o fundamento descrito.	2 Discordo parcialmente Significa que tu não aplicas o fundamento descrito em sua maioria.	3 Indeciso Significa que existem dúvidas se o fundamento é aplicado em sua maioria ou minoria.	4 Concordo parcialmente Significa que o fundamento descrito na afirmação é aplicado na sua maioria.	5 Concordo totalmente Significa que tu aplicas totalmente o fundamento descrito na afirmação.
---	--	--	---	---

D) Que resultados (produto do trabalho) tu identificas no teu trabalho na UPA?

85. Identificação de riscos e vulnerabilidade ()
86. Resposta ao problema, conjugando as necessidades imediatas dos usuários com os serviços ofertados ()
87. Melhoria do acesso dos usuários aos serviços de saúde, priorizando o atendimento de acordo com a classificação de risco ()
88. Mudança no foco da doença para o doente (sujeito), com uma abordagem integral para além da doença e suas queixas ()
89. Superação da prática tradicional (biológica) ampliando a escuta na interação entre enfermeiro e usuários ()

1 Discordo totalmente Significa que tu não aplicas o fundamento descrito.	2 Discordo parcialmente Significa que tu não aplicas o fundamento descrito em sua maioria.	3 Indeciso Significa que existem dúvidas se o fundamento é aplicado em sua maioria ou minoria.	4 Concordo parcialmente Significa que o fundamento descrito na afirmação é aplicado na sua maioria.	5 Concordo totalmente Significa que tu aplicas totalmente o fundamento descrito na afirmação.
---	--	--	---	---

E) Dificuldades encontradas para o desenvolvimento do trabalho na UPA

90. Dificuldade de manuseio das tecnologias disponíveis ()
91. Dificuldades em diferenciar manifestações clínicas ()
92. Déficit de conhecimento sobre a clínica ()
93. Dificuldades metodológicas relativas à identificação, avaliação e intervenção no desfecho da prática ()
94. Sobrecarga de trabalho devido ao sub-dimensionamento da equipe ()
95. Resolução de problemas que nem sempre apresentam relação com seu trabalho ()
96. Dissociação entre o preconizado no ensino formal e o realizado no trabalho cotidiano ()
97. Exercício gerencial do enfermeiro com vinculação acentuada às normas estabelecidas ()
98. A não aplicação de um método científico que instrumentalize a prática do enfermeiro ()
99. Falta de motivação ()
100. Indisponibilidade de pessoal de apoio ()
101. O distanciamento entre as evidências da investigação e a prática clínica ()
102. Falta de protocolos institucionais ()
103. Uso incorreto de protocolos de enfermagem ()
104. O volume de atendimento nesta unidade ()

APÊNDICE B - Roteiro de Observação por Amostragem de Eventos**Unidade de Pronto Atendimento – Porto Alegre****EVENTOS**

Acolhimento dos usuários/ Classificação do Risco (**entrevista/ anamnese, avaliação clínica**)

Realização de procedimentos (**verificação de dados vitais curativos; medicações; sondagens: vesical, nasogástrica e nasoentérica; inalação; exames: eletrocardiograma; glicemia capilar e gasometria arterial**).

Avaliação e monitorização clínica do usuário

Dúvidas/orientações relacionadas ao cuidados para os usuários/familiares

Auxílio a equipe em urgências

Organização da ficha de atendimento (**preenchimento de dados clínicos relativos ao usuário no prontuário**)

Supervisão de procedimentos e orientações a equipe de enfermagem (**educação em serviço para melhoria do desempenho profissional**)

Elaboração de escalas de atividades (**distribuição de tarefas junto à equipe**)

Preparo de material e das salas

Provisão de materiais, controle de materiais, controle de estoque (**equipamentos e medicamentos**)

Desenvolvimento da Evolução de Enfermagem no prontuário

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Estudo: “ESTRUTURAÇÃO DA REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE PARA O ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS”

O objetivo desta pesquisa é analisar a estruturação da rede de serviços de saúde do município de Porto Alegre para o atendimento às urgências, conhecer o perfil sociodemográfico e epidemiológico das urgências atendidas, caracterizar a organização do trabalho para o atendimento às urgências, descrevendo elementos relacionados ao acesso e ao acolhimento, à integralidade das ações e à intersectorialidade.

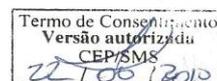
Serão realizadas entrevistas com os profissionais de saúde, gestores dos serviços de saúde e usuários/familiares. As entrevistas com os profissionais abordarão as atividades e a organização do trabalho desenvolvido no atendimento às urgências. Os usuários serão questionados quanto as suas necessidades de saúde e os motivos de utilização dos serviços de saúde. A observação terá como foco o atendimento prestado aos usuários, destacando a atenção as suas demandas e necessidades de saúde, assim como a organização do processo de trabalho. A privacidade e o anonimato dos participantes do estudo serão mantidos. As entrevistas serão gravadas e transcritas, garantindo-se o anonimato dos participantes e as observações serão registradas em um diário de campo. Garante-se que não haverá nenhuma repercussão funcional ou implicação legal para os participantes do estudo.

Caso necessite de esclarecimento ou informações, entrar em contato com a pesquisadora responsável Profa. Dra. Maria Alice Dias da Silva Lima pelo telefone (51) 3308- 5226 e com o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre pelo telefone (51)32124623 ou 91441379 com a coordenadora Elen Maria Borba.

Pesquisador(a)

Assinatura do participante

Porto Alegre, ___/___/___.



ANEXO – Parecer Consubstanciado



Prefeitura Municipal de Porto Alegre
Secretaria Municipal de Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa

PARECER CONSUBSTANCIADO

Pesquisador (a) Responsável: Maria Alice Dias da Silva Lima

Registro do CEP: 498 **Processo N°:** 001.020247.10.9

Instituição onde será desenvolvido: Secretaria Municipal de Saúde – Gerencia Distrital
Gloria/Cruzeiro /Cristal e Samu/UPAS

Utilização: TCLE

Situação: APROVADO

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre analisou o processo N 001.020247.10.9, referente ao projeto de pesquisa: “**ESTRUTURAÇÃO DA REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE PARA O ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS**”, tendo como pesquisador responsável Maria Alice Dias da Silva Lima cujo objetivo é “Analisar a estruturação da rede de serviços de saúde do município de Porto Alegre para o atendimento às urgências. Específicos: - Caracterizar as demandas de usuários por atendimentos de urgência nos serviços de saúde, analisando o padrão de utilização e a relação que estabelecem com o acesso ao atendimento no Sistema Municipal de Saúde.- Identificar as necessidades de saúde expressas pelos usuários na utilização dos serviços de saúde em situações de urgência; - Identificar o perfil sóciodemográfico e epidemiológico das urgências demandadas aos serviços de saúde do município de Porto Alegre;-Caracterizar a organização do trabalho em serviços de saúde para o atendimento às urgências, descrevendo elementos relacionados ao acesso e ao acolhimento, à integralidade das ações e à intersectorialidade”.

Assim, o projeto preenche os requisitos fundamentais das resoluções. O Comitê de Ética em Pesquisa segue os preceitos das resoluções CNS 196/96, 251/97 e 292/99, sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde / Conselho Nacional de Ética em Pesquisa / Agência nacional de Vigilância Sanitária. Em conformidade com os requisitos éticos, classificamos o presente protocolo como **APROVADO**.

O Comitê de Ética em Pesquisa, solicita que :

1. Enviar primeiro relatório parcial em seis meses a contar desta data;
2. Informar imediatamente relatório sobre qualquer evento adverso ocorrido;
3. Comunicar qualquer alteração no projeto e no TCLE;
4. Entregar junto com o relatório, todos os TCLE assinados pelos sujeitos de pesquisas e a apresentação do trabalho.
5. Após o término desta pesquisa, o pesquisador responsável deverá apresentar os resultados junto à equipe da unidade a qual fez a coleta de dados e/ou entrevista, inclusive para o Conselho Local da Unidade de Saúde.

Porto Alegre, 22/06/2010


Elen Maria Borba

Coordenadora do CEP