

LA FINALIDAD DEL TRABAJO EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS BAJO LA PERSPECTIVA DE LOS PROFESIONALES

Estela Regina Garlet¹
María Alice Dias da Silva Lima²
José Luís Guedes dos Santos³
Giselda Quintana Marques⁴

Se trata de un estudio cualitativo, del tipo estudio de caso, que tuvo como objetivo analizar las concepciones de los profesionales del equipo de salud acerca de la finalidad del trabajo en una unidad de atención a las urgencias y emergencias. El campo de estudio fue una unidad hospitalaria de atención a las urgencias y emergencias del interior del Estado de Río Grande del Sur. Las técnicas para recolección de datos fueron la observación y la entrevista semiestructurada. Los resultados apuntan para la divergencia entre las necesidades de la salud que llevan a los usuarios a buscar la unidad y la finalidad del trabajo del local destacada por los profesionales. El equipo de salud revela insatisfacción con la búsqueda excesiva del servicio por pacientes, cuyas necesidades no pueden ser clasificadas como urgencia o emergencia, apuntando el número de atenciones como justificativa para la resistencia en realizar el trabajo y para la falta de compromiso con la producción del cuidado.

DESCRITORES: urgencias médicas; servicios médicos de urgencias; grupo de atención al paciente; organización y administración

FINALIDADE DO TRABALHO EM URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS: CONCEPÇÕES DE PROFISSIONAIS

Trata-se de estudo qualitativo, do tipo estudo de caso, que teve como objetivo analisar as concepções dos profissionais da equipe de saúde acerca da finalidade do trabalho em uma unidade de atendimento às urgências e emergências. O campo de estudo foi uma unidade hospitalar de atendimento às urgências e emergências do interior do Estado do Rio Grande do Sul. As técnicas para coleta de dados foram observação e entrevista semiestructurada. Os resultados apontam a divergência entre as necessidades de saúde que levam os usuários a procurar a unidade e a finalidade do trabalho do local destacada pelos profissionais. A equipe de saúde revela insatisfação com a procura excessiva de pacientes, cujas necessidades não podem ser classificadas como urgência ou emergência, apontando o número de atendimentos como justificativa para a resistência em realizar o trabalho e o descompromisso com a produção do cuidado.

DESCRITORES: emergências; serviços médicos de emergência; equipe de assistência ao paciente; organização e administração

WORK OBJECTIVE IN EMERGENCY WARDS: PROFESSIONALS' CONCEPTIONS

This qualitative case study aimed to analyze how health team professionals perceive the work objective in one emergency unit. The place of study was a hospital emergency ward in the state of Rio Grande do Sul, Brazil. Data collection was conducted through observation and semi-structured interview. The results disclose the divergence between the health needs that make users seek health care in the emergency ward; and the work objective at that ward as highlighted by the professionals. The work team shows dissatisfaction due to the excessive search for care that cannot be classified as emergency, highlighting the number of attendances as a justification for resistance to perform the work and lack of commitment in care production.

DESCRIPTORS: emergencies; emergency medical services; patient care team; organization and administration

¹Enfermera, Maestría en Enfermería, e-mail: estelagarlet@hotmail.com; ²Enfermera, Doctor en Enfermería, Profesor Asociado, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil, e-mail: malice@enf.ufrgs.br; ³Enfermero, Estudiante de Maestría en Enfermería, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil, e-mail: joseenfermagem@yahoo.com.br; ⁴RN, Alumna tesis, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil, e-mail: giselamarques@hotmail.com.

INTRODUCCIÓN

Las unidades hospitalarias de atención a las urgencias y emergencias integran el componente hospitalario del sistema de atención, instituido por la Política Nacional de Atención a las Urgencias (PNAU). La finalidad del trabajo de los equipos de salud de esas unidades es atender pacientes que llegan en estado grave, acoger casos no urgentes y proceder a dirigirlos a servicios de ambulatorio básicos o especializados, existentes en la red de atención a la salud⁽¹⁾.

El concepto fundamental de la PNAU es la garantía de acceso y recepción en los servicios de salud, de acuerdo con la complejidad tecnológica, que deberá estar organizada de forma regionalizada, jerarquizada y regulada, previniendo iatrogenias por manipulación o tratamientos incorrectos, evitando la muerte o incapacidades físicas temporarias y permanentes⁽¹⁾.

Existen algunos servicios hospitalarios de atención a las urgencias y emergencias que están organizados jerárquicamente y atienden el modelo de atención preconizado. Se destaca el modelo de organización de una unidad de emergencia hospitalaria del interior del estado de San Pablo, que adoptó el cambio en la organización del trabajo y de la gestión de las urgencias, contribuyendo para que la superocupación fuese controlada, por medio de la reducción del número de consultas y de la tasa de ocupación, con aumento del promedio de permanencia, de la complejidad de los casos atendidos y del costo promedio de las internaciones, transformándose en un centro de referencia en las atenciones de elevada complejidad, así como para la formación y capacitación de profesionales de urgencia⁽²⁾.

A pesar de esos avances, la atención a las urgencias todavía reúne muchas fragilidades, ya que, en la mayoría de los centros urbanos, la descentralización de la asistencia es tenue y el orden de los flujos es incipiente. Predomina el modelo tradicional de organización de la atención a las emergencias, determinado por la búsqueda espontánea de los usuarios, culminando con la superocupación de las salas de atención, con la consecuente baja calidad de la asistencia prestada, con el largo tiempo de espera para consultas, exámenes y cirugías, con la falta de cupos para internación, así como de personal capacitado⁽²⁾.

Los servicios de atención rápida y las emergencias hospitalarias corresponden al perfil de atención a las demandas de forma más ágil y concentrada. A pesar de superocupados, impersonales y actuar sobre la queja principal, esos locales reúnen una buena cantidad de recursos como: consultas, remedios, procedimientos de enfermería, exámenes de laboratorio e internaciones⁽³⁾ que los torna resolutivos, bajo la visión del usuario.

Un estudio realizado en una unidad de emergencia de Río de Janeiro indicó que el proceso de trabajo está organizado principalmente para soportar las consecuencias de la demanda y no para propiamente atender a su finalidad, ya que el número expresivo de atenciones realizadas por el equipo de salud ha interferido considerablemente en el proceso de trabajo⁽⁴⁾. De ese modo, al trabajar en la puerta de entrada de un hospital público de emergencia, los profesionales se encuentran con una demanda que ultrapasa lo que los servicios están organizados para reconocer e intervenir. Esta organización no se restringe a las condiciones materiales, tecnológicas y de personal, igualmente engloba la forma de organización y gestión de los procesos de trabajo empleados en esos servicios⁽⁵⁾.

La demanda por atención en unidades de emergencia, además de excesiva, no se agota en lo que se considera una necesidad de salud. Es caracterizada, muchas veces, por pacientes que buscan en la atención de la salud la resolución para los más diversos problemas sociales que enfrentan en su día a día⁽⁶⁾. El tipo de consulta atendida en un servicio público de urgencia pediátrica evidenció la heterogeneidad de las atenciones y reveló la característica del servicio de atender casos graves conforme su misión, sin embargo también de recibir casos no urgentes⁽⁶⁾.

Así, las diferentes concepciones que los usuarios, la población y los profesionales de salud poseen para definir la urgencia han sido apuntadas como uno de los factores determinantes de la superocupación de las unidades hospitalarias de atención a las urgencias⁽²⁾. Es posible identificar la existencia de la discrepancia entre la finalidad del trabajo en las unidades con modelo tradicional de atención a las urgencias y emergencias y las necesidades de sus usuarios, que poseen criterios propios para caracterizar lo que representa una urgencia, los cuales no siempre coinciden con los parámetros biomédicos y la organización racional del sistema de atención a la salud⁽⁴⁾.

El enfermero de la unidad de emergencia, responsable por la coordinación del equipo de enfermería, necesita buscar medios para administrar el cuidado de enfermería, visualizando las necesidades del paciente de forma total, conciliando los objetivos de la organización con los objetivos del equipo de enfermería⁽⁷⁾. Sin embargo, cuando los profesionales prestan atenciones en situaciones de urgencia, no consiguen visualizar la trayectoria de los usuarios y las dificultades por las cuales pasan para la satisfacción de sus necesidades de salud. De ese modo, es importante la comprensión de esas situaciones para tornar la atención más acogedora, utilizando una abordaje que lleve a la solución competente y satisfaga al usuario⁽³⁾.

Un reciente estudio sobre la organización del trabajo en las puertas de urgencia y emergencia destaca la atención prestada al usuario en una atención de emergencia, identificando y analizando sus demandas y necesidades de salud, bajo el enfoque del usuario⁽³⁾. Se pretende, en este artículo, acrecentar elementos para el análisis del trabajo desarrollado en las puertas de la urgencia y emergencia, así como de su finalidad, teniendo como paño de fondo la aplicación de la PNAU y, como foco, las concepciones de los profesionales en el ámbito hospitalario. Se tiene la pretensión de contribuir para la discusión de esa problemática, enfatizando el potencial del equipo de salud para modificar la realidad en la estructura organizacional de las instituciones de salud.

Así, con base en la situación descrita, se tiene como objetivo analizar las concepciones de los profesionales del equipo de salud acerca de la finalidad de su trabajo en una unidad hospitalaria de atención a las urgencias y emergencias.

METODOLOGÍA

Es una investigación con abordaje cualitativo que aprende la realidad y analiza las concepciones de los profesionales que actúan en el equipo de salud⁽⁸⁾. El diseño metodológico de la investigación es el estudio de caso, que permite profundizar la observación de la unidad a ser estudiada, observada en su singularidad⁽⁹⁾.

El espacio de investigación fue la unidad de emergencia de un hospital de enseñanza pública, referencia para ese tipo de atención, en un municipio del

interior del Estado de Río Grande del Sur. El servicio atiende a los usuarios que buscan la unidad espontáneamente y los encaminamientos formales e informales de unidades prehospitales fijas (Unidades Básicas de Salud, Unidades de Salud de la Familia, Ambulatorios de Especialidades, entre otros) del municipio sede y de unidades hospitalarias de los demás municipios que componen una región de aproximadamente 1.162.787 habitantes. Hasta el momento de la recolección de los datos, la atención a las urgencias era organizada sin recepción con clasificación del grado de riesgo o central médica de regulación.

La recolección de datos fue realizada por medio de la observación y de la entrevista semiestructurada⁽¹⁰⁾. El foco de la observación fue el proceso de trabajo del equipo de salud que actúa en la unidad. Los aspectos orientadores de la observación fueron: objeto, agentes, instrumentos y la finalidad del trabajo. Así, fueron observados los diferentes agentes durante el proceso de trabajo en la emergencia y en los momentos en que ellos se articulaban para realizar el cuidado al paciente. Los agentes fueron seleccionados para ser observados conforme la función que ejercían, buscando abarcar los diversos trabajos desarrollados en la unidad de emergencia. También fueron seleccionadas actividades consideradas relevantes para captar las relaciones entre los sujetos y la forma de organización del trabajo, así como algunos espacios en los cuales esas relaciones ocurren de forma más significativa. Las entrevistas semiestructuradas fueron realizadas para identificar las concepciones de los profesionales en cuanto a la finalidad del trabajo realizado, utilizando las siguientes preguntas orientadoras: ¿Cómo usted entiende el trabajo realizado en la unidad de emergencia?, ¿Cómo está organizada la atención a las urgencias y emergencias en esa unidad?, ¿Cuáles son los profesionales del equipo de emergencia que participan en el proceso de trabajo, y de que forma?

Los sujetos de estudio fueron los profesionales que actuaban en el equipo de salud de la referida unidad, en el período de junio a septiembre de 2007. La selección de los sujetos fue intencional, priorizando la inclusión de enfermeros, técnicos y auxiliares de enfermería y, posteriormente, escuchando otros componentes del equipo. Participaron de las entrevistas 29 sujetos, siendo siete enfermeros, nueve técnicos de enfermería, un becado del curso de graduación en enfermería, dos médicos de plantón de la clínica médica, un médico residente,

dos cursando doctorado en el curso de medicina, una secretaria, una auxiliar de servicios generales, dos guardias, una nutricionista, una fisioterapeuta y la enfermera coordinadora administrativa de la unidad.

El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Federal de Río Grande del Sur (CEP n° 2007688). A los profesionales se les entregó un término de consentimiento libre y esclarecido, el cual garantizaba los aspectos éticos apuntados por la Resolución 196/96 del Consejo Nacional de Salud⁽¹⁾.

El análisis de los datos fue realizado siguiendo las directrices del método cualitativo: ordenación, clasificación en estructuras de relevancia, síntesis e interpretación⁽⁸⁾. Los datos obtenidos por medio de las observaciones fueron codificados con la letra "O" y los datos provenientes de las entrevistas con la letra "E", seguidas de la descripción de la categoría del profesional observado o entrevistado.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En el proceso de trabajo en la unidad de emergencia se evidenció que la concepción de los profesionales acerca de la finalidad de su trabajo está relacionada a la atención de pacientes que presenten alteraciones en el organismo, resultando en drástico trastorno de la salud o en súbita amenaza a la vida, exigiendo medidas terapéuticas inmediatas.

[...] el *objetivo de nuestro trabajo es el cuidado al paciente grave* (E-Enfermero).

Los motivos que llevan a los usuarios a las unidades de emergencia, entretanto, pueden ser otros: garantía de acceso al servicio de salud, flujo y localización geográfica privilegiada, posibilidad de realizar exámenes complementares y recibir medicaciones no disponibles en la atención básica⁽³⁾.

Además de eso, la percepción del usuario sobre lo que significa algo grave está directamente relacionada a la autoevaluación sobre su estado de salud. La elección del servicio de salud se dará de acuerdo con la percepción de lo que es simple o grave, resultando, casi siempre, en la búsqueda espontánea por los servicios⁽³⁾.

Por medio de las observaciones y entrevistas, se constató una gran búsqueda de atención por usuarios cuyas necesidades no se clasificaban como urgencia o emergencia, lo que generaba insatisfacción del equipo de salud, conforme afirmación a seguir.

Este hospital es de media y alta complejidad. Aquí deberían ser atendidas solamente las emergencias, no consultitas. Hay personas que viene aquí para hacer examen de gravidez o para hacer nebulización, piensan que es un puesto de salud (E – Técnica de Enfermería).

Al contrario de lo que esperan los profesionales de salud, los usuarios pueden buscar atención al presentar alteraciones de salud que consideren importantes. En ese sentido, el examen de gravidez para una mujer que no consigue o no quiere la gravidez, así como la nebulización para un portador de enfermedad respiratoria, sin condiciones de adquirir el aparato para realizarla en casa, pueden volverse necesidades urgentes para el usuario.

El desencuentro entre lo que piensan los usuarios y los profesionales de salud fue identificado en estudio sobre la atención de urgencia en una unidad de atención rápida. Fue destacado que, para los profesionales, en los casos electivos, la utilización era indebida y se perdía la caracterización de la misión de atención de urgencia, ocasionando sobrecarga al trabajo que por sí ya causaba estrés, lo que colocaba al usuario en situación de justificar su necesidad para recibir atención⁽¹²⁾.

Esas demandas de usuarios parecen ser incomprendidas y hasta mismo despreciadas por los profesionales de salud. La gran búsqueda de la unidad para atención de casos no urgentes está relacionada por los profesionales a la sobrecarga de actividades y a la disminución de la calidad de la atención de los casos de urgencia o emergencia.

En una investigación realizada en una unidad de emergencia se constató que 74% de las atenciones son caracterizados como no urgencia o emergencia⁽¹³⁾. Muchas veces, esas unidades son utilizadas como válvula de escape de los servicios de salud, perjudicando la atención de los casos agudos y graves que son considerados adecuados a la finalidad a la cual se destinan esos servicios, una vez que el exceso de demanda ocasiona acumulo de tareas y la consecuente sobrecarga para todo el equipo de profesionales, contribuyendo también para el aumento de los costos hospitalarios.

Los profesionales que actúan en unidades de emergencia enfrentan conflictos, diariamente, por actuar en ambiente en un superocupado, con recursos humanos, tecnológicos y de estructura física no siempre adecuados, no ofreciendo condiciones para acomodar a los usuarios con seguridad y calidad⁽⁵⁾.

Con la superocupación todo se vuelve más difícil, la atención se vuelve lenta, los pacientes esperan durante horas en

la recepción, no hay salas para atender porque llegan emergencias y ocupan la sala de emergencia, y hay que esperar hasta que ese paciente sea atendido para llamar otro. En cuanto esto, la atención de la clínica y la atención de la cirugía van alternando una sala, llega un paciente accidentado, necesita de la sala, llega un paciente que se cortó necesita de una sutura y ahí los pacientes que están aquí tienen que esperar, a no ser que el paciente esté pasando mal, ahí ellos colocan al paciente allá para dentro, sin embargo si no es urgencia o emergencia va quedar esperando (E – Enfermera).

El profesional reconoce la dificultad del usuario en su trayectoria terapéutica y también percibe su sufrimiento al llegar a un servicio de salud y no recibir la atención esperada. A pesar de eso, el volumen de pacientes y el estrés de las atenciones se superponen a la recepción de los casos y a la responsabilidad con la producción del cuidado, siendo que la relación de los equipos con el usuario se sitúa entre el heroísmo y la desatención.

La constante superocupación de las salas de espera y de los corredores de las salas de urgencia, asociada a las elevadas tasas de ocupación de las camas de observación, en los diferentes componentes asistenciales del sistema de salud, trae, como consecuencia, la flexibilización en los estándares del cuidado y de la ética de los profesionales de salud que actúan en la urgencia⁽²⁾.

A partir de la concepción biomédica y por la escasez de recursos humanos y tecnológicos, los pacientes en situación de emergencia que llegan al servicio son priorizados en detrimento de aquellos que se encuentran en observación o estabilizados. De ese modo, se identificó que los profesionales actúan según su concepción de urgencia/emergencia, dando prioridad a la atención de los problemas graves y agudos, con potencial riesgo a la vida.

[...] priorizamos los pacientes que llegan a la emergencia, porque no es una unidad de internación (E – Técnica de Enfermería).

Según esa concepción, la unidad de emergencia debería ser un local transitorio, destinado a la realización de la primera atención al usuario y tan luego sus condiciones clínicas estuviesen estabilizadas, encaminarlo para una unidad de internación o unidad especializada. Entretanto, la mayoría de las veces, el largo tiempo de permanencia de usuarios en la unidad, potencializa situaciones de conflicto entre ellos y los profesionales, por medio de las cuales se vislumbran diferentes concepciones acerca de la finalidad del trabajo en la emergencia.

El tiempo de permanencia de los pacientes en la unidad es una dificultad. El paciente acaba siendo tratado totalmente aquí, sale de aquí con el alta para la casa. Ya sucedió que el paciente se internó, recibió tratamiento varios días, murió, sin ser transferido para unidad de internación. No debería ser así. Hay pacientes que se quedan 30 días aquí y debería ser en lo máximo 24 horas porque aquí es una Unidad de Emergencia (E– Técnica de Enfermería).

La organización del proceso de trabajo, sin evaluación del grado de riesgo, que trata de equilibrar la desproporción entre lo cuantitativo del personal y el número de pacientes, asociada al área física deficiente, refuerza la insatisfacción de los profesionales, la cual es expresada, muchas veces, por medio de la resistencia en realizar el trabajo en la unidad.

El fisioterapeuta dijo, dirigiéndose a la técnica de enfermería: “el paciente de la cama ocho quiere ir al baño y necesita de ayuda!”. La técnica responde: “¡ya voy!”. Después de algún tiempo de espera, el fisioterapeuta solicita nuevamente que la técnica de enfermería acompañe a la paciente hasta el baño. Percibiendo que ella no irá, él acaba lo que está haciendo y acompaña a la paciente (EI – Fisioterapeuta).

La observación descrita revela la resistencia de técnicos de enfermería en asumir algunas actividades inherentes a su trabajo. Esa situación puede ser entendida como la naturalización de acciones representadas por medio de la negligencia u hostilidad al usuario en el ambiente de trabajo. Así, algunos entrevistados justifican el no hacer y las largas esperas para realizar sus acciones apoyados en el discurso de la superocupación, del número inadecuado de profesionales, en la gran solicitud de atención por parte de usuarios y familiares, y, especialmente, en la finalidad del trabajo en la unidad de emergencia, o sea, si no es urgencia o emergencia no debe ser atendido, y, si necesita permanecer en el hospital, debe ser encaminado para las unidades de internación.

En ese sentido, cabe resaltar que las relaciones entre los profesionales de salud y los usuarios están penetradas por la disciplina y el poder. Además de eso, la fragmentación del proceso de trabajo también contribuye para la despersonalización del usuario por parte de los profesionales del equipo de salud, colocándolos como productores de actos de no cuidado, a pesar de que su ejercicio profesional deba estar dirigido a la ética, vida y salud.

La hostilidad que el individuo encuentra en ese ambiente puede ser entendida como la exacerbación de manifestaciones relacionadas tanto a la evolución de la cultura hospitalaria clásica de aislamiento, a la actitud impersonal apoyada en el tecnicismo o cientificismo médico positivista, a mecanismos de defensa debido a las condiciones ultrajantes de trabajo, así como a la reacción a las condiciones de miseria y violencia social⁽⁴⁾.

Así, en algunos momentos, el número de atenciones caracterizadas como no urgentes es usado como justificación para la resistencia en realizar el trabajo y la falta de compromiso con la producción del cuidado. El discurso sobre la finalidad del trabajo en la unidad de urgencia y emergencia de cierta forma protege a los profesionales, ya que responsabiliza siempre al usuario por el uso indebido del sistema. Además de eso, retira el compromiso que la unidad de emergencia y el sistema de atención a la salud tiene en la regulación de las urgencias en lo que les corresponde a la comprensión de necesidades y destino de las mejores alternativas para la recepción y tratamiento de los usuarios.

La organización de esa puerta de entrada para recibir al usuario necesita ser discutida, llevando en cuenta que existe una demanda reprimida que llega a los servicios de atención rápida y a las unidades de emergencia y necesita de respuestas a sus necesidades. En lugar de eso, se observa la penalización del usuario por el uso indebido del sistema de salud, haciéndolo peregrinar por otras instancias en busca de atención⁽¹²⁾.

La regionalización y la jerarquización, por sí solo, no garantizan la reducción del flujo desnecesario de usuarios a los niveles de mayor complejidad. Se espera que los usuarios no solo sean recibidos en la atención básica y secundaria; también es fundamental, que reciba atención resolutoria en esos niveles de complejidad, evitando encaminamientos desnecesarios a los centros de complejidad terciaria, particularmente, hospitales de mayor porte, posibilitando que las camas sean ocupadas por usuarios que realmente necesiten de ellas⁽²⁾.

Para lo tanto, es necesario que profesionales, gestores y usuarios se atengan no solo a la dimensión biomédica, también lo deben hacer a las dimensiones sociales y subjetivas que envuelven la atención de urgencias. Entretanto, todavía existe una baja inversión en la calificación de profesionales y capacitación de gestores en cuanto a entender las

directrices del sistema y en la planificación de acciones que respondan a las necesidades de salud del usuario.

Es fundamental establecer una mejor organización de la atención, definir responsabilidades y clasificar referencias y contra referencias efectivamente negociadas, de modo que la regulación pueda ejercer el papel ordenador y corregir las distorsiones todavía existentes en las puertas de entrada del sistema. Entretanto, es imprescindible que el proceso de trabajo en las unidades hospitalarias de atención a las urgencias y emergencias responda a las necesidades de los usuarios, razón de ser de esos servicios.

CONSIDERACIONES FINALES

La unidad de emergencia se caracteriza por la gran demanda por atenciones, proveniente de cuadros clínicos y/o traumáticos de diferentes complejidades. Ese hecho, asociado a las preguntas de organización y gestión, hace que esa unidad no siempre cuente con condiciones adecuadas de trabajo, en términos de cantidad de personas y recursos materiales, para la realización de asistencia calificada.

Los profesionales sustentan la concepción biomédica, teniendo como foco de la atención la enfermedad y la realización de la tarea y no al individuo. Priorizan la atención a los usuarios con problemas graves y agudos que buscan la unidad de emergencia y demuestran su insatisfacción con los casos no urgentes o estabilizados por medio de atención impersonal, hostil y hasta negligente.

Es imprescindible que gestores, profesionales y usuarios tengan conocimiento claro de la finalidad del trabajo ejecutado en la unidad de emergencia que deberá ser negociada con los demás servicios e instituciones. Cualquier desencuentro entre ellos ocasionará embates y conflictos que tendrán como producto la insatisfacción de todos los participantes en el proceso.

De ese modo, es necesario ampliar las discusiones acerca de la finalidad del trabajo en los servicios de urgencia y emergencia, de forma que el trabajador pueda asumir una postura crítica de su proceso de trabajo, tornándose, en conjunto con usuarios y gestores, los protagonistas de una amplia reorganización del sistema de atención a las urgencias.

En ese contexto, el equipo de enfermería puede ampliar su actuación profesional y desempeñar

un papel destacado. Los enfermeros tienen un papel central y articulador que les posibilita grandes oportunidades de interacción e influencia sobre las

acciones profesionales que son desarrolladas en la unidad de emergencia, en pro de la producción de un cuidado integrado e interdisciplinar.

REFERENCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Política nacional de atenção às urgências. 3ª ed. Brasília (DF): Editora do Ministério da Saúde; 2006.
2. Santos JS, Scarpelin IS, Brasileiro SLL, Ferraz CA, Dallora MELV, Sá MFS. Avaliação do modelo de organização do HCFMRP-US, adotando, como referência, as políticas nacionais de atenção às urgências e de humanização. *Medicina (Ribeirão Preto)* 2003 abril; 36:498-515.
3. Marques GQ, Lima MADS. Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde. *Rev Latino-am Enfermagem* 2007 janeiro-fevereiro; 15(1):13-9.
4. Deslandes SF. Frágeis deuses: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2002.
5. Sá MC, Carreteiro TC, Fernandes MIA. Limites do cuidado: representações e processos inconscientes sobre a população na porta de entrada de um hospital de emergência. *Cad Saúde Pública* 2008 junho; 24(6):1334-43.
6. Melo EMC, Assunção AA, Ferreira RA. O trabalho dos pediatras em um serviço público de urgências: fatores intervenientes no atendimento. *Cad Saúde Pública* 2007 dezembro; 23(12):3000-10.
7. Wehbe G, Galvão CM. O enfermeiro de unidade de emergência de hospital privado: algumas considerações. *Rev Latino-am Enfermagem* 2001 março-abril; 9(2):86-90.
8. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10ª ed. Rio de Janeiro(RJ): Abrasco/São Paulo(SP): Hucitec; 2007.
9. Stake RE. Investigación com estudio de casos. Madrid: Morata; 1998.
10. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5ª ed. Porto Alegre(RS): Artmed; 2004.
11. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre as diretrizes e as normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília; 1996.
12. Marques GQ, Lima MADS. Organização tecnológica do trabalho em um pronto atendimento e a autonomia do trabalhador de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP* 2008 março; 42(1):41-7.
13. Furtado BMASM, Araújo JLC Jr., Cavalcanti P. O perfil da emergência do hospital da restauração: uma análise dos possíveis impactos após a municipalização dos serviços de saúde. *Rev bras epidemiol.* 2004 setembro; 7(3):279-89.