

# O processo de trabalho do enfermeiro na unidade de urgência e emergência de um Hospital Público<sup>#</sup>

*Nurses work processes in the emergency care unit and Emergency Hospital Emergency Room*

Bárbara Ribeiro Martins<sup>1\*</sup>; Marília Alves<sup>2</sup>

## RESUMO

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

**Palavras-chave:** Enfermeiro; Processo de Trabalho; Urgência e Emergência.

1. Enfermeira da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG). Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Especialista em Qualidade e Segurança no Cuidado ao Paciente pelo Hospital Sírio-Libanês. Especialista em MBA Acreditação em Saúde pela Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais. Docente dos cursos de Medicina e Enfermagem do Centro Universitário de Belo Horizonte. Belo Horizonte, MG - Brasil.
2. Pesquisadora do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Doutora em Enfermagem, professora titular do Departamento de Enfermagem Aplicada da Escola de Enfermagem da UFMG. Belo Horizonte, MG - Brasil.

\* **Autor correspondente:** Hospital João XXIII - Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG). Belo Horizonte, MG - Brasil  
E-mail: barbara.martins17@yahoo.com.br

<sup>#</sup> Artigo resultante da dissertação de mestrado intitulada "O processo de trabalho do enfermeiro na unidade de urgência e emergência de um hospital público" apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), em 2016.

## ABSTRACT

*This study aims to analyze the work processes of nurses in the unit of emergency and emergency care in a hospital in the emergency room. A qualitative approach case study was carried out as a research method. The study setting was the urgency and emergency unit of the John XXIII Hospital, the Hospital Foundation of Minas Gerais (FHEMIG). Participants were twenty coordinators and assistant nurses, whose inclusion criterion was to be a nurse in charge of management and assistance in the unit for more than six months. Exclusion criteria we had been to be on vacation, leave or refuse to participate. Data were collected through interviews with semi-structured and submitted to Content Analysis. At all stages of the study was considered the Resolution No. 466/2012 of the National Health Council The results were grouped into two categories: 1) The urgency and emergency unit of the John XXIII Hospital, which aimed to describe the ambience of the research as a facilitator of the work process; 2) the nursing work process in the emergency unit and emergency, which highlighted the purpose of the work to save lives, The objects of labor, which are the user and the team, seeking the results to provide quality care and agility and have the person cured or improved by the action of workers. Among the actions of the hospital nurses, highlight host activities with risk classification, direct care to critically ill patients, nursing supervision and patient care apparently not serious. At the end, were you present the main conclusions on the study, among which stand out the pleadings and complementary work processes between nurses and care coordinators that have great importance for the patient in the context of urgency and emergency. The discussions of the work process enabled elucidate characteristics, potential and challenges in urgent and emergency service, which contributes to quality care in the context of this investigation.*

**Keywords:** Nurse; Work Process; Urgency and Emergency.

## INTRODUÇÃO

O trabalho em enfermagem integra a prestação de serviços à saúde, como parte do setor terciário, produzindo serviços que são consumidos no ato da sua produção, ou seja, no momento da assistência coletiva ou individual. Esse trabalho tem como finalidade o estudo da prestação de serviço com um objeto humano, uma vez que atua sobre as necessidades de saúde dos indivíduos<sup>1</sup>. Marx<sup>2</sup> conceitua o trabalho como “[...] um processo entre o homem e a natureza, um processo em que o homem, por sua própria ação, media, regula e controla seu metabolismo com a natureza”. Nessa relação, o homem atua sobre a natureza que o cerca, modificando-a, ao mesmo tempo em que modifica a si próprio<sup>2</sup>.

O autor pressupõe o trabalho numa forma em que pertence exclusivamente ao homem. Traz como exemplo que uma abelha executa operações semelhantes às de um arquiteto com a construção dos favos de suas colmeias, e enfatiza que o que distingue o arquiteto da abelha é que este idealiza inicialmente para depois construir o favo de mel. Dessa maneira, no fim do processo de trabalho, obtém-se um resultado já imaginado pelo trabalhador, e ele não apenas efetua uma transformação da forma da matéria natural, mas, também transforma a matéria natural em seu objetivo previamente determinado<sup>2</sup>.

O modo como realiza o trabalho e desenvolve as atividades profissionais é, portanto, chamado de processo de trabalho. O trabalho em saúde apresenta características peculiares e o entendimento dessas características e das particularidades é essencial para compreensão do processo de trabalho e intervenção sobre o mesmo<sup>3</sup>.

Sanna<sup>4</sup> aponta que na enfermagem há mais de um processo de trabalho, que podem ou não serem realizados concomitantemente. Os processos são: assistir, administrar, ensinar, pesquisar e participar politicamente. Para Peres e Ciampone<sup>5</sup>, o trabalho da enfermagem é constituído por diferentes processos: assistir/cuidar, gerenciar/administrar, pesquisar e ensinar. E apontam que gerenciar e cuidar são os processos mais evidenciados no trabalho do enfermeiro<sup>5</sup>.

Neste estudo serão enfatizados os processos de trabalho do enfermeiro no gerenciamento e na assistência, uma vez que estão em coerência com o objeto de estudo e são os de maior relevância em uma unidade de urgência e emergência. Segundo Furtado<sup>6</sup>, o trabalho dos enfermeiros em serviços que atendem situações de urgência está relacionado ao cuidado aos pacientes, bem como ao gerenciamento de unidade e à coordenação da equipe de enfermagem.

Na percepção de Sanna<sup>4</sup>, os processos de trabalho na enfermagem abrangem os seguintes componentes:

objeto, agentes, instrumentos, finalidades, métodos e produtos. O objeto é aquilo sobre o que se trabalha e que será transformado pela ação humana em produto ou serviço; os agentes são seres humanos que transformam a natureza, que intervêm e/ou alteram o objeto de trabalho; os instrumentos podem ser artefatos físicos, bem como conhecimentos, habilidades e atitudes que, de forma articulada, determinam como será feito o trabalho; a finalidade se refere à razão pela qual o trabalho é realizado; os métodos de trabalho são as ações organizadas de maneira a atingir a finalidade - pode ser execução de movimentos, até mesmo uma ação inteligente e planejada; e os produtos podem ser bens tangíveis ou prestação de serviços<sup>4</sup>.

O processo de trabalho que envolve o assistir ou cuidar em enfermagem tem como objeto o cuidado demandado por indivíduos, famílias e comunidades; os agentes desse processo realizam atividades assistenciais de acordo com a legislação profissional<sup>[a]</sup> e são os enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem<sup>4,7</sup>; os instrumentos que compõem o assistir em enfermagem são os conhecimentos, habilidades e atitudes, acréscimo dos materiais, equipamentos, espaço físico para realizar o cuidado; e a finalidade é promover, manter ou recuperar a saúde. Os métodos do processo de trabalho de assistência em enfermagem são a sistematização da assistência e os procedimentos e técnicas de enfermagem; e os produtos são pessoas saudáveis e/ou a morte com dignidade<sup>4</sup>.

Gerenciar em enfermagem pressupõe ter como objeto os agentes do cuidado e os recursos empregados para a assistência; como agente, exclusivamente o enfermeiro; como instrumentos, as bases ideológicas e teóricas de administração e prática de gerenciamento de recursos; a finalidade deste processo é coordenar o processo de assistir em enfermagem; os métodos utilizados são: planejamento, tomada de decisão, supervisão e auditoria; e o produto refere-se às condições para o cuidado se efetivar com eficiência e eficácia<sup>4</sup>.

A gerência tem como pressuposto ter o desempenho articulador e integrativo, considerando que a atividade gerencial é determinada e, ao mesmo tempo, determinante do processo de organização dos serviços de saúde. São inerentes à atividade gerencial as seguintes dimensões: técnica, política, comunicativa e de desenvolvimento da cidadania<sup>8</sup>.

Conceitualmente, a dimensão técnica abrange conhecimentos e habilidades necessários para atingir

objetivos de um determinado projeto, tais como planejamento, coordenação, supervisão, controle, avaliação e ainda o conjunto de saberes como epidemiologia, planejamento em saúde e outros. A dimensão política caracteriza-se por meio da articulação do trabalho gerencial ao projeto assistencial que se propõe empreender. A dimensão comunicativa está relacionada à capacidade de negociação presente nas relações de trabalho da equipe de saúde, visando à cooperação para o alcance de um objetivo comum. E o desenvolvimento da cidadania implica em fazer da gerência um instrumento de emancipação dos sujeitos envolvidos no processo de trabalho<sup>8</sup>.

A articulação das ações gerenciais e assistenciais é imprescindível no processo de trabalho do enfermeiro em todas as áreas de atuação e, principalmente, na urgência, tendo em vista a necessidade de respostas rápidas. Segundo Peduzzi e Ciampone<sup>9</sup>, a articulação de ações pode ser compreendida no sentido de colocar em evidência as conexões existentes e as intervenções técnicas executadas pelos profissionais inseridos em uma mesma realidade de trabalho. Para integrar uma equipe profissional, é relevante a integração dos agentes, na qual os envolvidos buscam reconhecimento e entendimento mútuo<sup>9</sup>.

Em serviços de urgência e emergência, a atuação do enfermeiro envolve articulações indispensáveis na assistência a pacientes em estado crítico com necessidades complexas. Além disso, aprimoramento científico, manejo tecnológico e humanização assumem grande importância, devido à complexidade e particularidades das ações no cuidar, bem como pelos recursos materiais e humanos mobilizados<sup>10</sup>.

Reafirmando a importância desta articulação, Montezeli<sup>11</sup> discute o papel do enfermeiro e o quanto essa articulação é necessária no contexto da urgência. Segundo a autora, o grande fluxo de pacientes atendidos e a dinamicidade da rotina de um pronto-socorro fazem com que o enfermeiro seja protagonista no processo de trabalho do setor, não apenas por realizar atendimento emergencial, mas por atuar efetivamente no gerenciamento da unidade, com o intuito de aperfeiçoar a organização e atender às necessidades de cada paciente<sup>11</sup>.

Estudo realizado em um hospital identificou que os enfermeiros, a partir da discussão promovida no contexto de uma pesquisa acerca do processo de trabalho gerencial, passaram a compreender a complexidade desse processo

[a] O exercício profissional da enfermagem é regulamentado em pela Lei Nº 7.498/86 que dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências<sup>7</sup>.

de trabalho, a identificar as diferenças acerca do processo assistencial e, sobretudo, a perceber a complementaridade de atividades entre os mesmos<sup>12</sup>.

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

Peres e Ciampone<sup>5</sup> explicam que a dimensão gerencial do processo de trabalho realizada pelo enfermeiro retrata a composição histórica da força de trabalho da enfermagem com uma nítida divisão técnica e social. O processo gerencial, que é privativo do enfermeiro, reforça seu espaço hierárquico no grupo profissional, e contribui para a cisão entre gerência e execução do cuidado.

Na prática identificam-se enfermeiros envolvidos na prestação de cuidados diretos ao paciente, mas também se verifica que, em muitos momentos, existe uma sobrecarga das atividades administrativas em detrimento das atividades assistenciais, o que revela a necessidade de se estabelecer responsabilidades específicas para enfermeiros assistenciais e gerenciais. Situação similar foi encontrada em estudo realizado em um pronto atendimento de adultos. O trabalho assistencial do enfermeiro foi influenciado pela demanda de atendimento e estava voltado principalmente para a dimensão gerencial-administrativa, afastando-o do cuidado direto ao paciente. Foi enfatizado que, embora houvesse, institucionalmente, uma divisão formal entre enfermeira assistencial e administrativa, a enfermeira assistencial ocupava grande parte do seu tempo com atividades gerenciais, próprias da enfermeira administrativa<sup>13</sup>.

Em estudo que tinha como objetivo conhecer como o enfermeiro percebe o seu processo de trabalho na emergência de um hospital, Furtado<sup>6</sup> destaca que a condução do processo de trabalho e o papel do enfermeiro não são bem estabelecidos pelo grupo. Segundo a autora, os profissionais consideram o processo de trabalho muito confuso e atribuem essa condição à absorção de muitas atividades que não são da sua competência, ocasionando sobrecarga de trabalho e desviando-os para outras finalidades.

Nesse sentido, ressalta-se que a articulação entre gerenciar e assistir é essencial quando se trabalha com pacientes críticos em uma unidade de urgência emergência, onde as ações têm um tempo ótimo e dependem de um serviço articulado e cooperativo, além de recursos e infraestrutura para serem realizadas. Mas, ao mesmo tempo, essa articulação se apresenta como um desafio constante no processo de trabalho do enfermeiro em unidades de urgência. Tais desafios estão relacionados

ao próprio processo de trabalho, à compreensão e execução das ações pelos enfermeiros, pouca distinção ou limites tênues entre as dimensões gerencial e assistencial, que precisam ser articuladas, e o predomínio da ação gerencial em detrimento da assistência direta ao paciente.

Considerando o contexto descrito, este estudo tem como objetivo analisar os processos de trabalho do enfermeiro na unidade de atendimento de urgência e emergência em um hospital de pronto-socorro público.

A relevância deste estudo justifica-se na ampliação da discussão sobre processo de trabalho do enfermeiro em urgência e emergência, bem como possibilita uma maior compreensão acerca das características e particularidades do trabalho do enfermeiro no contexto de urgência e emergência.

## PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo de caso, de abordagem qualitativa. O estudo de caso é definido como uma pesquisa que investiga um fenômeno contemporâneo em seu contexto natural, em situações em que as fronteiras entre o contexto e o fenômeno não são evidentes, utilizando múltiplas formas de evidência<sup>14</sup>.

A opção pela abordagem qualitativa se deu pela perspectiva de visualizar o objeto e a compreensão da realidade subjetiva. Essa abordagem é também capaz de incorporar o significado e a intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo essas compreendidas como construções humanas significativas<sup>15</sup>.

O cenário de estudo foi a unidade de urgência e emergência do Hospital João XXIII (HJXXIII) da Fundação Hospitalar de Minas Gerais (FHEMIG), referência e excelência no atendimento a pacientes vítimas de politraumatismo, grandes queimaduras, intoxicações e situações clínicas e/ou cirúrgicas com risco de morte<sup>16</sup>.

Em relação ao perfil de atendimento, os principais serviços oferecidos são: atendimento a vítimas de grandes queimaduras; atendimento médico de urgência para traumas ortopédicos em vítimas de acidentes em estado grave; atendimento médico em casos de envenenamento ou intoxicação grave; atendimento médico-hospitalar a feridos em casos de grandes catástrofes; cirurgias de urgência para pacientes com risco de morte; atendimento em urgência de clínica médica; e tratamento médico para adultos que necessitam de cuidados intensivos e intermediários<sup>16</sup>.

Os sujeitos deste estudo são enfermeiros que atuam na gerência da unidade da urgência/emergência, bem como as enfermeiras assistenciais da unidade de urgência/emergência. A amostra contemplou vinte enfermeiros

coordenadores e assistenciais, cujo critério de inclusão foi ser enfermeiro em cargo de gerência e de assistência na unidade há mais de seis meses, por deterem as informações necessárias. Os critérios de exclusão foram: estar de férias ou licença no período da coleta de dados ou se recusar a participar da pesquisa.

Para melhor apreensão da realidade, foram utilizadas como técnicas de coleta de dados a observação direta e entrevista com roteiro semiestruturado. A coleta de dados foi realizada em outubro de 2015, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (COEP) da UFMG e do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da FHEMIG. A coleta foi organizada em dois momentos: a observação e a entrevista. A observação do processo de trabalho da unidade foi realizada mediante inserção da pesquisadora no ambiente de trabalho. A entrevista se efetivou por meio de roteiro semiestruturado com as gerentes e enfermeiras assistenciais que atuam na unidade da urgência e emergência.

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

Os dados coletados por meio de entrevistas foram submetidos à análise de conteúdo, utilizando a análise temática que, segundo Bardin<sup>17</sup>, se caracteriza como uma estratégia que consiste em um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos, a descrição de conteúdo das mensagens.

Neste estudo, os dados das entrevistas gravadas em áudio foram transcritos na íntegra, com o auxílio do programa InqScribe, gerando um banco de dados de entrevistas. Também foram realizadas a primeira leitura e a limpeza do material, excluindo-se expressões repetidas. No segundo momento, foram realizadas as codificações das entrevistas. Atribuiu-se uma classificação alfanumérica composta pela letra “E”, seguida de identificação numérica de 1 a 20, referente à ordem em que foram entrevistados, ou seja, na apresentação e discussão dos resultados o código “E1” refere-se aos dados do primeiro enfermeiro entrevistado. Além da codificação, foram realizadas repetidas leituras do material empírico e identificação das ideias centrais dos discursos que originaram duas categorias: (1) a unidade de urgência e emergência do Hospital João XXIII; (2) o processo

de trabalho do enfermeiro na unidade de urgência e emergência. No terceiro momento, os resultados foram descritos e submetidos à análise com fundamentação em referenciais teóricos.

Este estudo, por tratar de uma pesquisa envolvendo seres humanos, atendeu às normas da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde<sup>18</sup>. O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG, sob Parecer 46504215.7.0000.5149 e do Comitê de Ética em Pesquisa da FHEMIG, sob Parecer 46504215.7.3001.5119.

## APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

---

### A unidade de urgência e emergência do Hospital João XXIII

O Hospital João XXIII foi construído na década de 1970, utilizando técnicas de engenharia e arquitetura com a finalidade de atender urgências clínicas e traumáticas, sendo, à época, o mais importante pronto socorro do município de Belo Horizonte<sup>19</sup>. Passados vários anos, a estrutura física ainda cumpre sua finalidade, na visão de enfermeiros, que são profissionais-chave na organização do fluxo e do atendimento a pacientes em situação crítica ou com risco de morte.

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

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

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

“O João XXIII é um hospital bem estruturado para atendimento de urgência. Você vê que o hospital tem toda uma lógica voltada para agilizar o atendimento do

paciente gravemente enfermo, tanto com relação a exames de imagem, a logística do atendimento ao paciente vítima de grande traumatismo, a distância que você tem entre setores de apoio. Então, tudo isso facilita” (E3).

Uma tese sobre arquitetura hospitalar, que teve como objetivo analisar os diversos aspectos envolvidos na assistência ao paciente crítico em unidades de urgência e emergência em ambiente hospitalar mostra que a estrutura física desses serviços deve contemplar espaços de atendimento como recepção, salas de emergência, consultórios, bem como disponibilizar amplos espaços de circulação. Em relação ao acesso, deve ser considerada a entrada do público em espaço periférico da área física e, ao mesmo tempo, manter proximidade com o centro cirúrgico, imaginologia e Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), o que garantirá o fluxo de atendimento<sup>20</sup>.

É importante salientar que as organizações hospitalares têm passado por muitas mudanças devido à complexidade estrutural, acessibilidade, agrupamento de serviços afins, fluxo de circulação interna e externa, legislação vigente, incorporação de alta tecnologia, requisitos de segurança, entre outros. Esses aspectos possibilitam que haja fatores como tempo, agilidade, oferta de tecnologia e instalações adequadas que, por sua vez, são imprescindíveis ao sucesso de atendimento no contexto da urgência e emergência<sup>20</sup>.

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

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

De acordo com o Manual Instrutivo da Rede de Atenção à Urgência e Emergência do Sistema Único de Saúde (SUS), as portas de entrada hospitalares de urgência são consideradas qualificadas, no que tange ao acesso do paciente, quando apresentam implantação do processo de acolhimento com classificação de risco, em ambiente específico, identificando o paciente segundo o grau de sofrimento ou de agravos à saúde e de risco de morte, priorizando aqueles que necessitam de atendimento imediato<sup>21</sup>.

O acolhimento com classificação de risco, como dispositivo tecno-assistencial, permite refletir e mudar os modos de operar a assistência, principalmente no processo de trabalho dos serviços de urgência<sup>22</sup>.

Com o avanço nas políticas de atenção às urgências, espera-se que os serviços de saúde garantam o acesso

e sejam resolutivos, e o acolhimento com avaliação de risco é uma estratégia para qualificar o atendimento, pois estabelece um equilíbrio entre a demanda do paciente e os recursos disponíveis na instituição<sup>23</sup>. Essa estruturação é evidenciada pelos sujeitos da pesquisa.

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

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

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

A partir dessa constatação, dois eixos devem ser analisados no que diz respeito à classificação de risco: o protocolo para classificação de risco adotado e a ambiência. O Modelo de Manchester é sistematizado a partir de algoritmos e discriminadores-chaves, associados a tempos de espera, simbolizados por cores, e o mecanismo de entrada é uma queixa ou situação apresentada pelo paciente. O Protocolo de Manchester foi elaborado com o objetivo de organizar a fila nos serviços de urgências para assegurar que pacientes não esperem mais do que o tempo seguro para o primeiro atendimento médico<sup>24</sup>.

Assim, com base nos relatos dos entrevistados, recomendações do Ministério da Saúde, bem como achados da literatura, em relação à utilização do protocolo de Manchester no cenário de estudo, pode-se afirmar que se trata de uma ferramenta que contribui para o processo

de trabalho na urgência e emergência, tendo em vista que facilita o acesso ao serviço, potencializa o fluxo de pacientes e possibilita que os recursos sejam viabilizados de acordo com o perfil e gravidade do paciente.

Em relação à ambiência, a recomendação é que, nos serviços de emergência, a diretriz do acolhimento esteja articulada, que possua arranjos espaciais singulares, fluxos adequados e que, conjuntamente, favoreçam os processos de trabalho. As áreas devem evidenciar os níveis de risco dos pacientes com dois eixos: eixo vermelho, destinado ao atendimento à paciente grave, com risco de morte, com as salas vermelha, amarela e verde; e eixo azul, destinado à paciente aparentemente não-grave, mas que necessita ou procura o atendimento de urgência<sup>22</sup>.

Em estudo de revisão sistemática, realizado por Bittencourt e Hortale<sup>25</sup>, com o objetivo apresentar e discutir as intervenções voltadas para solucionar o problema da superlotação dos serviços de emergências hospitalares, um dos achados diz respeito à ambiência. Os autores citam dois modelos: o modelo de intervenção baseado na organização em três ambientes (entrada, dentro e saída) e o modelo centrado na classificação de risco em dois fluxos: o azul e o vermelho. A distinção entre esses dois modelos permite estabelecer a complementaridade entre eles, na perspectiva de um terceiro modelo que aumente a capacidade operacional e o integre ao conjunto da organização hospitalar, pois proporcionaria maior sinergia entre as intervenções e impactaria a superlotação<sup>25</sup>.

No cenário desta pesquisa, a unidade é organizada em duas salas de classificação de risco e salas de atendimento, a partir de dois critérios: gravidade e especialidade médica. A disposição das salas de atendimento é a seguinte: ambulatório 1 (politrauma); ambulatório 8 (emergências clínicas são destinadas ao atendimento de paciente grave); ambulatórios de especialidades (ambulatório 2: ortopedia; ambulatório 3: clínica médica; ambulatório 4: neurologia; ambulatório 5: pediatria; ambulatório 6: clínica cirúrgica; e ambulatório 7: toxicologia) destinados ao atendimento de paciente aparentemente não grave.

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

Analisando o cenário, a partir da recomendação do Ministério da Saúde<sup>22</sup>, a unidade possui “arranjos espaciais singulares”, que são os ambulatórios, nos quais é importante salientar que sua distribuição segue a lógica de atendimento urgente e não urgente. No entanto, a

nomenclatura do Protocolo de Manchester, por exemplo, não é utilizada na sala vermelha. O que não representa demérito, mas ao contrário, pois a ambiência do cenário é apontada como um fator facilitador do processo de trabalho.

Assim, é possível verificar que a estruturação da unidade de urgência e emergência, a partir dos critérios de gravidade e especialidade médica, associada à utilização do Protocolo de Manchester, em conjunto do fluxograma interno, aproxima-se do terceiro modelo descrito por Bittencourt e Hortale<sup>25</sup>. É possível identificar essa interação a partir da fala dos entrevistados e na descrição dos setores da unidade de urgência e emergência, atrelados ao fluxo e finalidade de atendimento de cada um.

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

Na unidade de urgência e emergência, entre os ambulatórios, destaca-se o ambulatório 1 (politrauma). Esse ambulatório é destinado ao atendimento de pacientes politraumatizados, e possui como característica uma dinâmica de atendimento que é influenciada pela distribuição de diferentes leitos no setor. O politrauma possui uma sala de reanimação com dois leitos exclusivos para pacientes classificados como emergência, portanto, da cor vermelha. O ambulatório possui 16 leitos, dos quais 15 são destinados a pacientes urgentes e o Box 8 para emergência. Existe a possibilidade de incluir mais

dois leitos laterais, totalizando a capacidade de 20 leitos, em caso de catástrofes, por exemplo. Além disso, possui as “torres” que são seis leitos para o primeiro atendimento e avaliação dos pacientes, classificados como laranja.

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

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

A sala de reanimação, que integra o politrauma, possui tecnologia necessária para pacientes em risco iminente de morte. Possui equipamentos com monitores multiparâmetros e respiradores e interliga a sala de politraumatizados à imagiologia, com acesso ao tomógrafo, raios-X e ultrassons móveis<sup>26</sup>. A descrição institucional da sala reanimação condiz com o discurso dos entrevistados. Os enfermeiros enfatizam que, nesse espaço, são realizados procedimentos específicos de emergência, o que indica que há recursos compatíveis com o tipo de atendimento, bem como o acesso aos setores de apoio diagnóstico.

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

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

Outro dado importante é que a sala de reanimação possui comunicação com o sistema de alarme, denominado onda vermelha. Refere-se a um protocolo institucional para atendimento ao paciente com risco de morte, que envolve atuação em equipe multidisciplinar e em sincronia entre setores da unidade de urgência e

emergência, como a sala de reanimação e heliponto, e até mesmo com outras unidades do hospital, como bloco cirúrgico e banco de sangue.

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

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

Conceitualmente, a onda vermelha é um conjunto de ações táticas médicas e administrativas que visam, prioritariamente, à abordagem cirúrgica de pacientes cuja condição clínica implique em morte iminente, em centro cirúrgico, adequadamente preparado e capacitado, ao invés da sala de atendimento ao politraumatizado<sup>27</sup>. A onda vermelha possibilita que os profissionais de saúde realizem o atendimento ao perfil de paciente em risco de morte, por meio da oferta imediata de hemoderivados e disponibilização contínua de uma sala ampla no centro cirúrgico equipada com materiais necessários aos procedimentos cirúrgicos<sup>27</sup>.

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

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

“O heliponto faz parte da urgência. Todo heliponto que chega tem que ter o enfermeiro, um técnico de enfermagem, um plantonista da geral e um coordenador pra receber o paciente. O heliponto, teoricamente [...] a equipe liga pra coordenação pra saber se eles podem



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

O heliponto foi instalado em dezembro de 2010 e possibilitou mais agilidade e segurança na assistência a pacientes vítimas de traumas graves e com risco de morte<sup>25</sup>. A importância do heliponto está diretamente associada ao papel de referência de atendimento ao paciente grave. Segundo Nardoto, Diniz e Cunha<sup>28</sup>, o transporte aeromédico é um recurso utilizado para dar suporte avançado de vida a vítimas graves que necessitam de um tempo-resposta reduzido, traslado rápido e tratamento definitivo nos hospitais de referência, configurando a hora de ouro.

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

“E a radiologia que é nossa, faz parte da emergência. Temos técnicos de enfermagem que prestam os cuidados para os pacientes que fazem tomografias, raios-X, ultrassom” (E2).

É possível identificar também interação e coerência do setor de imagem com fluxo da classificação de risco. Eles compreendem a lógica de classificação e encaminhamento, pois priorizam os pacientes denominados como primeira prioridade ou prioridade secundária, de acordo com o ambulatório de origem do paciente que está diretamente relacionado à gravidade. Vale ressaltar que são realizados exames de raios-X, ultrassom e tomografia.

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

ultrassom para a tomografia, às vezes, ele faz o caminho inverso, é de acordo com a gravidade” (E17).

Na urgência e emergência, o setor de imagem, possibilita o diagnóstico rápido, para que haja intervenção específica, como um procedimento cirúrgico, como evitar o óbito e aumentar a sobrevida do paciente. É possível inferir também que esse setor de apoio configura um fator estrutural do hospital.

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

## **O processo de trabalho do enfermeiro na unidade de urgência e emergência**

A reflexão crítica e contínua sobre o processo de trabalho e sua transformação é uma característica da condição humana. O grau de dificuldade dessa reflexão aumenta quanto mais complexo e menos sistematizado for o processo de trabalho.

Essa constatação reflete a importância de aprofundamento na discussão sobre o trabalho realizado pelo enfermeiro no contexto da urgência e emergência, considerando os elementos que o compõem. Nesse sentido, utiliza-se como referência estudo de Pires<sup>29</sup> sobre os componentes do processo de trabalho em saúde, tendo em vista que “O processo de trabalho dos profissionais de saúde tem como finalidade a ação terapêutica de saúde; como objeto, o indivíduo doente ou indivíduo/grupos sadios ou expostos a risco, necessitando preservar a saúde ou prevenir doenças; como instrumental de trabalho, os instrumentos e as condutas que representam o nível técnico do conhecimento, que é o saber de saúde; o produto final é a própria prestação da assistência de saúde que é produzida no momento em que é consumida<sup>29</sup>”.

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

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

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

Todo processo de trabalho é realizado para atingir alguma finalidade ou objetivo determinado previamente. Assim, a finalidade rege todo o processo de trabalho e é em função dessa finalidade que se estabelecem os critérios ou parâmetros de realização do processo de trabalho<sup>3</sup>. Na unidade de urgência e emergência, a finalidade ou objetivo da unidade está definido e incorporado pelos enfermeiros. Foi possível identificar que a maior finalidade que orienta o processo de trabalho é salvar vidas e, para tanto, tem-se como base de sustentação a prestação de assistência de qualidade, com agilidade e com prevenção de agravos. Segundo Almeida e Pires<sup>30</sup>, a possibilidade de salvar vidas, que orienta o processo na urgência e emergência, está associada à realização profissional e à motivação e, conseqüentemente, confere sentido ao trabalho.

No processo de trabalho, há um sujeito que executa as ações e estabelece os objetivos e relações de adequação dos meios e condições para a transformação dos objetos. As atividades são realizadas por um sujeito individual ou até mesmo de forma coletiva, conjunta ou complementar por vários indivíduos<sup>3</sup>. Na unidade de urgência e emergência, o trabalho é coletivo e os resultados dependem da interação das várias categorias que trabalham com um objetivo comum.

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

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

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

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

Torna-se importante fazer uma ressalva em relação ao objeto, no que tange o processo de trabalho na prestação de serviço, em especial na área de saúde como prestadora de serviços à comunidade. Nesse sentido, evidencia-se que, em uma prestação de serviços, o que se pretende como produto não é a modificação de matérias-primas ou de matérias pré-elaboradas que resultem em objetos, mas, em algumas situações, realizar modificações nos próprios consumidores do serviço e, considerando, portanto, que os consumidores do serviço são também sujeitos ou agentes do processo de trabalho<sup>3</sup>. Entre as peculiaridades dos processos de trabalho na prestação de serviços, destaca-se uma que é pertinente ao trabalho em saúde: o usuário é o objeto no processo de trabalho, mas é também um agente. Compreender o usuário como um agente é essencial em procedimentos de saúde, como por exemplo, na atenção primária, mas a implicação dessa concepção não é tão relevante em casos agudos e em urgências e emergências, nas quais o usuário chega em situação grave e está mais suscetível a receber assistência baseada em protocolos e ações rápidas para salvar sua vida<sup>3</sup>.

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

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

Nesse contexto, Sanna<sup>4</sup> afirma que o processo gerencial desenvolvido pelo enfermeiro coordenador tem como finalidade coordenar o processo de trabalho da enfermagem; como objeto, a equipe de enfermagem e recursos necessários; e como produto final, as condições para realizar o cuidado. Estudo realizado a partir do consenso de coordenadores de enfermagem no contexto

hospitalar apresentou como objeto do processo de trabalho gerencial: clientes internos, clientes externos, instituição e recursos tecnológicos<sup>12</sup>. As posições dos autores ampliam os objetos de trabalho, dependendo das posições ocupadas pelos agentes em instituições de saúde. Portanto, não há um objeto ou um processo único.

Em relação aos meios ou instrumentos de trabalho, são consideradas as ferramentas e estruturas físicas para o trabalho, como máquinas, equipamentos, instrumentos, estrutura física, que permitem que o trabalho se realize. Além disso, há os meios intangíveis que são os conhecimentos, sistematizados ou não, e as habilidades utilizadas no processo de trabalho<sup>3</sup>.

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

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

Silva, Matsuda e Waidman<sup>31</sup> reconhecem a centralidade dos recursos humanos no processo de trabalho, mas evidenciam que, na instituição estudada, havia um “clima de instabilidade” na previsão de recursos humanos, devido ao número de atendimentos e à complexidade dos atendimentos da urgência.

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

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

“Aqui a gente tem muito problema de absenteísmo. Já aconteceu, algumas vezes, de ter tantas faltas que a gente que está de plantão não consegue resolver. Ai a gente tem que chamar a coordenação porque, às vezes, têm

que chamar funcionário em casa para cobrir aqui; eles resolvem isso também” (E6).

Na gestão de pessoas, além da supervisão técnica do trabalho, os coordenadores lidam o tempo todo com a escassez de trabalhadores, seja pelo quantitativo disponibilizado pela instituição ou por faltas e licenças, que prejudicam o processo de trabalho, exigindo adaptações frequentes dos recursos institucionais. Segundo Almeida e Pires<sup>30</sup>, os entraves encontrados relacionados ao excesso de demanda de trabalho e pouca disponibilidade de recursos humanos estão presentes nos serviços de saúde e na tentativa de ajustar recursos finitos à necessidade de saúde infinita e cada vez maior, por parte dos usuários, gerando sofrimento nos profissionais.

Os relatos deste estudo mostram um grande problema para se chegar aos resultados esperados e desejados na assistência em urgência e emergência, decorrentes da escassez de pessoal. Os sujeitos de pesquisa e a literatura apontam que o profissional é o ator mais importante no processo de trabalho em saúde; e, ao mesmo tempo, é o “recurso” com maior comprometimento nesse cenário, o que faz com que o bom funcionamento da unidade e a qualidade da assistência fiquem vulneráveis, como demonstrados no relato a seguir.

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

Os enfermeiros entrevistados enfatizam que o principal recurso para a assistência é a equipe de trabalho, embora reconheçam a complementaridade dos demais recursos institucionais, como material médico-hospitalar, equipamentos de diagnóstico e setores de apoio. Eles ressaltam a falta de pessoal necessário, mas destacam que o hospital possui boas condições de trabalho em relação a recursos materiais e serviços de apoio.

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

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

“Preciso dos recursos humanos, dos técnicos, do operacional, eu preciso do pessoal da limpeza porque, senão, não há desinfecção do leito. Preciso da engenharia clínica para dar manutenção preventiva e corretiva nos materiais e equipamentos, preciso da farmácia que dispensa os medicamentos e alguns materiais médicos para mim, do almoxarifado, preciso do SND [...] questão se o paciente ficar aqui, às vezes, ele chega com vômito e diarreia, está desnutrido, se eu não tiver uma jarra de água para ofertar líquido para ele e uma dieta, ele só vai piorar. Então, é uma equipe multiprofissional mesmo” (E10).

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

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

“Lá no meu setor, preciso dos monitores, dos equipamentos médico-hospitalar, da medicação. [...] monitorização invasiva, não invasiva, é mais isso mesmo de equipamentos. [...] seria desfibrilador, laringoscópio e outros equipamentos, material médico-hospitalar: equipo, soro, todas essas coisas necessárias, se tem monitor, se os monitores estão funcionando, se tem

bala de O<sub>2</sub> [oxigênio], equipamento respiratório,ambu, máscara, tudo isso de material (E8)”.

Os enfermeiros reafirmam a necessidade do material de trabalho estar disponível em caráter permanente, como rotina da unidade, atendendo à Portaria nº 354, de 10 de março de 2014, do Ministério da Saúde, sobre “boas práticas para organização e funcionamento de serviços de urgência e emergência”<sup>32</sup>. Essa Portaria preconiza materiais que compõem o serviço de urgência e emergência e, entre eles, destacam-se: estetoscópio, esfigmomanômetro, desfibrilador; monitor cardíaco; oxímetro de pulso; eletrocardiógrafo; equipamentos para aferição de glicemia capilar; aspiradores; bombas de infusão com bateria e equipo universal; cilindro de oxigênio portátil, cama hospitalar; máscara para ventilador e ventilador mecânico adulto e infantil; foco cirúrgico; máscaras, sondas, drenos, cânulas, pinças e cateteres; laringoscópio; material para traqueostomia; equipos de macro e microgotas; material para pequena cirurgia; colares de imobilização cervical; prancha longa para imobilização; prancha curta para massagem cardíaca; equipamentos necessários para reanimação cardiopulmonar; e medicamentos<sup>32</sup>.

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

Estudo realizado em uma unidade de emergência de um hospital público aponta alguns fatores que dificultam a realização do trabalho, entre eles a falta de equipamentos e materiais<sup>22</sup>. Em contraposição, estudo realizado por Silva, Matsuda e Waidman<sup>31</sup> em uma urgência hospitalar identifica disponibilidade de materiais no que se refere à quantidade e qualidade para a execução das atividades. O estudo ressalta ainda que essa disponibilidade confere segurança aos profissionais e continuidade da assistência prestada na urgência, uma vez que o tempo é fator imprescindível e a ausência de insumos interfere no resultado da assistência.

Assim, diante da constatação de que há materiais e equipamentos disponíveis, evidencia-se que estes são elementos predominantes e exitosos no cenário e que contribuem para uma assistência de qualidade no cenário de estudo. Além dos recursos materiais, o setor possui uma estrutura física adequada, considerada pelos sujeitos de pesquisa um fator facilitador para os processos de trabalho.

Em relação aos instrumentos normativos, a Portaria nº 354, de 10 de março de 2014, prevê que as rotinas técnicas do serviço de urgência e emergência devem ter instruções escritas, atualizadas e implementadas<sup>32</sup>. No entanto, no cenário de estudo, os enfermeiros apontam a necessidade de normas e rotina.

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

Estudo realizado por Silva, Matsuda e Waidman<sup>31</sup> aponta para a valorização da existência de instrumentos normativos e protocolos. No entanto, o serviço de urgência pode trazer também a conotação de desorganização e improvisação, o que dificulta a implantação de normas e rotinas. Essa conotação de aparente desorganização, às vezes necessária, é destacada no relato a respeito do cuidado ao paciente com Trauma Raquimedular (TRM).

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

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

“Na verdade, por exemplo, eu fico muito na classificação de risco, então, todo mundo que está lá fez um curso de Manchester, eu não crio, eu não classifico o paciente da minha cabeça, então, eu já sigo um protocolo, que vai me fazer perguntas, que vai delinear meu trabalho. Então, ali na classificação, eu tenho um processo claro, se é um

trauma maior, se é uma fratura exposta, já vai me delimitar como e para onde esse paciente vai, já tem um processo descrito pelo protocolo de Manchester. Agora, se eu vou entrar aqui dentro, esse processo a gente vai aprendendo na prática, pelo atendimento. [...] Na verdade, algumas rotinas não são delineadas não, por exemplo, você vai visitar os pacientes, vai verificar, mas não tem nada tão descrito, não é tão padronizado” (E14).

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

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

Estudo realizado acerca do processo de acreditação hospitalar aponta como aspecto positivo a segurança profissional estabelecida por meio de rotinas, padronização e organização do serviço com recursos materiais, técnicos e humanos mais qualificados e disponíveis<sup>33</sup>. No cenário de estudo, a tecnologia leve-dura, que está relacionada ao saber técnico estruturado, em relação aos instrumentos normativos como rotinas e padronizações específicas do cuidado em enfermagem, apresentam-se como instrumentos frágeis. Contudo, destacam-se o protocolo da onda vermelha e o protocolo de Manchester, que estão institucionalizados e impactam positivamente na assistência.

A utilização de protocolos para embasar a classificação de risco oferece respaldo legal para a atuação dos enfermeiros. No entanto, trata-se de processo de acolher e classificar, no qual a escuta é fundamental para estabelecer uma relação acolhedora com o usuário, possibilitando, assim, um processo de classificação de risco humanizado<sup>34</sup>. Tendo como exemplo a classificação de risco com a utilização do protocolo de Manchester, é importante ponderar que, por mais importante que sejam os instrumentos normativos para a organização e funcionamento da instituição, a subjetividade está presente no processo de trabalho em saúde.

Em relação às atribuições dos enfermeiros, os entrevistados descrevem o papel do enfermeiro assistencial como de grande importância no trabalho na urgência e emergência no cenário de estudo. Esse profissional está presente nos setores que compõem a

unidade, e desempenha atividades distintas, diretamente relacionadas à assistência à saúde de pacientes graves, cumprindo a finalidade da unidade. O enfermeiro realiza o acolhimento com a classificação de risco, assistência direta ao paciente grave, supervisão de enfermagem e assistência ao paciente aparentemente não grave.

Em relação ao enfermeiro coordenador, as principais atividades foram relacionadas às questões mencionadas como burocráticas, tais como: confecção de escalas do enfermeiro assistencial e avaliação de desempenho dos mesmos, articulação com a diretoria e ações que envolvem a gestão de leitos, que impacta tanto em questões administrativas quanto assistenciais. Os coordenadores fazem parte da gestão intermediária do hospital, assessorando a direção e criando condições para que o processo assistencial aconteça, destacando a gestão de leitos e transferência de pacientes como nó crítico em unidades de urgência. Destacam-se também como atividades do enfermeiro coordenador a gestão de pessoas, capacitações, identificação e resolução de problemas, envolvendo o funcionamento de toda unidade.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

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

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

## REFERENCIAS

1. Felli VEA, Peduzzi M. O trabalho gerencial em enfermagem. In: Kurcgant P (org.). Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2014; 1-13.
2. Marx K. O capital. Livro 1. São Paulo: Nova Cultural; 1996.
3. Faria HP, Werneck MAF, Santos MA, Teixeira PF. Processo de trabalho em saúde. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed; 2009.
4. Sanna MC. Os processos de trabalho em enfermagem. Rev Bras Enferm. 2007 mar; 60(2):221-4.
5. Peres AM, Ciampone MHT. Gerência e competências gerais do enfermeiro. Texto Contexto Enferm. 2006 jul; 15(3):492-9.
6. Furtado BMASM. O trabalho do enfermeiro em emergência: representação social, comprometimento, satisfação e condições de trabalho. O caso do Hospital da Restauração [tese]. Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2009.
7. Congresso Nacional. Lei Federal nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Brasília: Congresso Nacional; 1986.
8. Mishima SM, Villa TCS, Silva EM, Gomes ELR, Anselmi ML, Pinto IC, Almeida MCP. Organização do processo gerencial no trabalho em saúde pública. In: Almeida MCP, Rocha SMM (ed.). O trabalho de enfermagem. São Paulo: Cortez. 1997; 251-96.
9. Peduzzi M, Ciampone MHT. Trabalho em equipe e processo grupal. In: Kurcgant P (org.). Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2014; 105-20.
10. Coelho MF, Chaves LDP, Anselmi ML, Hayashida M, Santos CB. Análise dos aspectos organizacionais de um serviço de urgências clínicas: estudo em um hospital geral do município de Ribeirão Preto, SP, Brasil. Rev Latino-Am Enfermagem. 2010 jul; 18(4):[9 telas].
11. Montezeli JH. O trabalho do enfermeiro no pronto-socorro: uma análise na perspectiva das competências gerenciais [dissertação]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2009.
12. Manenti AS, Ciampone MHT, Mira VL, Minami LF, Soares JMS. O processo de construção do perfil de

- competências gerenciais para enfermeiros coordenadores de área hospitalar. *Rev Esc Enferm USP*. 2012; 46(3):727-33.
13. Ywata GCC, Danski MTR, Mingorance P, Pedrolo E, Lazzari LSM. A prática do enfermeiro assistencial em um serviço de pronto atendimento adulto. *Cogitare Enferm*. 2009 out; 14(4):734-9.
14. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman; 2010.
15. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2010.
16. FHEMIG. Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. Institucional. Disponível em: <http://www.fhemig.mg.gov.br>. Acessado em: 10/02/2016.
17. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2009.
18. Ministério da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde. Regulamenta as pesquisas em seres humanos no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde; 2012.
19. FHEMIG. Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. Revista FHEMIG. Publicações institucionais, 2012. Disponível em: <http://www.fhemig.mg.gov.br/publicacoes/pecas-graficas>. Acessado em: 04/03/2016.
20. Giacomo NS. Diretrizes projetuais para unidades de urgência e emergência hospitalares eficientes [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Arquitetura e Urbanismo; 2009.
21. BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2013.
22. BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2009.
23. Garlet ER, Lima MADS, Santos JLG, Marques GQ. Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência. *Texto Contexto Enferm*. 2009 abr; 18(2):266-72.
24. Cordeiro WJ, Torres BLB, Rausch MCP. Sistema Manchester de classificação de risco: comparando modelos. Grupo Brasileiro de Classificação de Risco, 2014. Disponível em: <http://gbcrc.org.br/downloads>. Acessado em: 20/01/2016.
25. Bittencourt RJ, Hortale VA. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. *Cad Saúde Pública*. 2009 jul; 25(7):1439-54.
26. FHEMIG. Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. Heliponto do Hospital João XXIII agiliza atendimento e salva vidas. Publicações institucionais, 2011. Disponível em: <http://www.fhemig.mg.gov.br/banco-de-noticias/238-complexo-de-urgencia-e-emergencia/1706-heliponto-do-hospital-joao-xxiii-agiliza-atendimentos-e-salva-vidas>. Acessado em: 04/03/2016.
27. Costa-Val R, Miguel EV, Simão CF. Onda vermelha: ações táticas que visam à abordagem de pacientes “in extremis”, no Hospital João XXIII/FHEMIG; 2014. Disponível em: <http://www.researchgate.net/publication/260479407>. Acessado em: 26/01/2016.
28. Nardoto EML, Diniz JMT, Cunha CEG. Perfil da vítima atendida pelo Serviço Pré-hospitalar Aéreo de Pernambuco. *Rev Esc Enferm USP*. 2011; 45(1):237-42.
29. Pires D. Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil. São Paulo: Annablume; 2008.
30. Almeida PJS, Pires DEP. O trabalho em emergência: entre o prazer e o sofrimento. *Rev Eletr Enferm*. 2007; 9(3):617-29.
31. Silva LG, Matsuda LM, Waidman MAP. A estrutura de um serviço de urgência público, na ótica dos trabalhadores: perspectivas da qualidade. *Texto Contexto Enferm*. 2012 abr; 21(2):320-8.
32. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 354, de 10 e março de 2014. Publica a proposta de Projeto de Resolução “Boas Práticas para Organização e Funcionamento de Serviços de Urgência e Emergência”. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
33. Manzo BF, Brito MJM, Corrêa ADR. Implicações do processo de acreditação hospitalar no cotidiano de profissionais de saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 2012; 46(2):438-94.
34. Souza CC, Toledo AD, Tadeu LFR, Chianca TCM. Classificação de risco em pronto-socorro: concordância entre um protocolo institucional brasileiro e Manchester. *Rev Latino-Am Enferm*. 2011 jan; 19(1):[8 telas].