



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

FERNANDA DA SILVA FLOTER GODOY

**ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO EM UMA UNIDADE DE
URGÊNCIA: PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS A PARTIR
DA IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO E
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

Londrina
2010

FERNANDA DA SILVA FLOTER GODOY

**ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO EM UMA UNIDADE DE
URGÊNCIA: PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS A PARTIR
DA IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO E
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre.

Linha de Pesquisa: Desenvolvimento de Recursos Humanos à Saúde (DRHS).

Orientador: Prof.^a Dr.^a Mara Lucia Garanhani

Londrina
2010

Catálogo elaborado pela Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central da Universidade Estadual de Londrina.

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

G589o Godoy, Fernanda da Silva Floter.
Organização do trabalho em uma unidade de urgência: percepção dos enfermeiros a partir da implantação do acolhimento com avaliação e classificação de risco / Fernanda da Silva Floter Godoy. – Londrina, 2010. 142 f.

Orientador: Profª Drª Mara Lucia Garanhani.
Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2010.
Inclui bibliografia.

1. Enfermagem de emergência – Teses. 2. Triagem – Teses. 3. Acolhimento – Teses. 4. Hospitais – Aspectos psicológicos – Teses. 5. Saúde e trabalho – Teses. 6. Humanização na saúde – Teses. I. Garanhani, Mara Lucia. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

FERNANDA DA SILVA FLOTER GODOY

**ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO EM UMA UNIDADE DE URGÊNCIA:
PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS A PARTIR DA IMPLANTAÇÃO DO
ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dr^a Mara Lúcia Garanhani
UEL – Londrina – PR

Prof^a Dr^a Elizabeth Fátima Polo Nunes
UEL – Londrina – PR

Prof^a Dr^a Maria Ribeiro Lacerda
Universidade Federal do Paraná

Londrina, 12 de julho de 2010.

DEDICATÓRIA

É com muita alegria que dedico este trabalho

À Deus,
por seu cuidado, apoio e condução em todos os momentos de minha vida.

Aos Meus Pais: Willian e Maria José,
que sempre acreditaram em mim, me amaram e, acima de tudo, me apoiaram
quando eu mais precisava de apoio.

Ao meu filho Pedro,
que vivenciou esse sonho. Meu incomparável companheiro.
Eu te amo muito e nosso amor será para todo o fim.
Tudo que faço é pensando em você,
porque você é a razão do meu viver.

AGRADECIMENTOS

No decorrer desta trajetória, tive o apoio de inúmeras pessoas que me acolheram, me deram apoio; por isso, quero, neste momento, agradecer imensamente:

À querida professora Mara Lúcia Garanhani, pelo apoio, acolhimento, carinho e dedicação a mim e ao meu trabalho. Você foi a pessoa certa, na hora certa e no momento certo.

À Prof.^a Dr.^a Elizabeth Fátima Polo Nunes, pela acolhida, incentivo e pelas valiosas contribuições.

À Prof.^a Dr.^a Maria Ribeiro Lacerda, por ter aceitado participar da minha banca. Muito obrigada por suas valiosas contribuições.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UEL, pelas valiosas contribuições para minha capacitação profissional.

À amiga Joseane de Oliveira Vieira Maestro pela companhia, presença, apoio constante nas horas boas e nas difíceis. Obrigada pelo carinho, apoio e dedicação. Aprendi a ser uma pessoa melhor ao seu lado. E, também, por fortalecer-me na fé.

Aos meus colegas de trabalho do HU, que sempre se disponibilizaram a me auxiliar no que fosse possível para a concretização desse sonho, em especial à Sueli Silveira

Aos funcionários da Secretaria da Pós-Graduação em Saúde Coletiva e NESCO, obrigada pela dedicação e ajuda.

A todos os colegas de mestrado, em especial a Mara, por ter sido mais que uma companheira de sala, foi uma amiga nas horas em que mais precisei.

GODOY, F.S.F. **Organização do trabalho em uma Unidade de Urgência:** percepção dos enfermeiros a partir da implantação do acolhimento com avaliação e classificação de risco. 2010. 142 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2010.

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa que teve por objetivos conhecer o trabalho de uma unidade de urgência após a implantação do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACR), as repercussões sobre o processo de trabalho do enfermeiro, os sentimentos vivenciados e as estratégias defensivas utilizadas por estes profissionais. Participaram da pesquisa dez enfermeiros de um hospital universitário localizado no interior do Estado do Paraná. A coleta de dados ocorreu nos meses de julho e agosto de 2009. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, que continham questões norteadoras fundamentadas no referencial teórico. Optou-se pela gravação em fita cassete e, em seguida, as falas foram transcritas na íntegra. Para a análise dos discursos e construção das categorias, utilizou-se a técnica fundamentada na estrutura do fenômeno situado, e a discussão foi realizada utilizando algumas contribuições da Psicodinâmica do Trabalho. A análise das dez entrevistas desvelou quatro categorias, sendo três analíticas e uma empírica. As categorias versam sobre os temas: processo de trabalho e as repercussões do AACR em uma unidade de urgência, os sentimentos vivenciados por estes profissionais, as estratégias defensivas utilizadas pelos enfermeiros e as atitudes necessárias para o trabalho em uma unidade de urgência com AACR. O ambiente da unidade de urgência mostrou-se similar às outras realidades vivenciadas e descritas em literatura. O AACR trouxe modificações significativas para o processo de trabalho dos enfermeiros, permitindo organizar a fila de espera e priorizando os casos mais graves. Os sentimentos de prazer foram identificados como contribuição para o diagnóstico precoce, alívio da dor e na recuperação do paciente e no relacionamento com a equipe de enfermagem. As vivências de sentimentos de sofrimento estão relacionadas com a intensificação do trabalho, o relacionamento com a equipe médica, o medo e a insegurança em fazer a contra-referência dos usuários. As estratégias defensivas utilizadas pelos enfermeiros evidenciaram essencialmente ações individuais: buscar apoio na prática religiosa, o convívio com familiares e amigos e a prática de esportes. Observou-se, nesta pesquisa, a presença de ambiguidade de sentimentos de prazer e sofrimento na vivência do AACR. Os resultados deste estudo mostram as repercussões que o AACR proporciona em unidades de urgência, no que diz respeito à organização da demanda e à priorização dos casos com critérios baseados na gravidade, ou seja, no risco de vida. O conhecimento dos fatores que levam aos sentimentos de prazer e sofrimento neste trabalho pode abrir novas possibilidades para refletir sobre esta prática, contribuindo para a realização de um processo mais participativo e inovador.

Palavras-Chave: Triagem. Acolhimento. Enfermagem em Emergência. Saúde do Trabalhador. Prazer. Sofrimento. Pesquisa Qualitativa.

GODOY, F.S.F. **Work process in an Emergency Room: nurses' perceptions after implementation of Reception with Risk Evaluation and Classification.** 2010. 142 f. Dissertation (Master's Degree in Public Health) –Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2010.

ABSTRACT

This is a qualitative study whose objective was to understand the work of an emergency room unit after the implementation of the Reception with Risk Evaluation and Classification (RREC), including the repercussions of the RREC in the work process of the nurses, the feelings they experienced and the defensive strategies used by these professionals. Ten nurses from a university hospital in the state of Parana took part in the study. Data was collected during July and August 2009. Semi-structured interviews containing key questions based on theoretical reference were used. The speech of the subjects was recorded, and was afterwards fully transcribed. A structural technique based on situated phenomenon was used for speech analysis. The discussion includes contributions from the area of work psychodynamics. The analysis of the ten interviews resulted in four categories, three analytical and one empirical. The themes of the categories are: work process in an emergency unit and; repercussions of RREC in the organization of nursing tasks in an emergency unit; the feelings of these professionals; the defensive strategies used by nurses; and the attitude necessary for working in an emergency room where RREC has been implemented. The emergency unit environment was found to be similar to the reality lived and described by the literature. RREC brought significant changes to the work process of the nurses, allowing them to organize the waiting line and prioritize the emergency cases. The nurses related pleasure due to their contribution toward a quick diagnosis, pain relief, and patient recovery due to the teamwork relationship. The experience of suffering was related to work intensification, the relationship with the medical team, and the fear and uncertainty of performing patient counter-reference. Defensive strategies used by the nurses included essentially individual actions: seeking solace in religion, spending time with family and friends, and engaging in sports. This study highlighted the ambiguous feelings of pleasure and suffering experienced while working under the rubric of RREC. The results show the repercussions of the RREC in emergency room units, especially the organization of demand and the prioritization of cases using criteria based on risk of death. Knowledge of the factors associated with RREC that lead to feelings of pleasure and suffering could create new possibilities for reflection about its practice, and could contribute to a more inclusive and innovative work process.

Keywords: Triage. Reception. Emergency Room Nursing. Worker Health. Pleasure. Suffering. Qualitative research.

GODOY, F.S.F. **Organización de trabajo en una Unidad de Emergencia:** percepción de los enfermeros a partir de la implantación del Recibimiento con Evaluación y Clasificación de Riesgo (AACR). 2010. 142 f. Disertación (Master) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2010.

RESUMEN

Se trata de una investigación cualitativa que tuvo por objetivos conocer lo trabajo de una Unidad de Emergencia tras la implantación del Recibimiento con Evaluación y Clasificación de Riesgo (AACR), las repercusiones sobre el proceso de trabajo del enfermero, los sentimientos vivenciados y las estrategias defensivas utilizadas por estos profesionales. Participaron de la investigación diez enfermeros de un hospital universitario localizado en el interior de la provincia de Paraná. La recolecta de datos ocurrió en los meses de julio a agosto de 2009. Fueron realizadas entrevistas semiestructuradas, que contenían cuestiones orientadas fundamentadas en el referencial teórico. Se optó por la grabación en cinta casete y enseguida las hablas fueron transcritas en la íntegra. Para el análisis de los discursos y construcción de las categorías se utilizó la técnica fundamentada en la estructura del fenómeno situado y la discusión fue realizada utilizando algunas contribuciones de la Psicodinámica del Trabajo. El análisis de las diez entrevistas desveló cuatro categorías, siendo cuatro analíticas y una empírica. Las categorías versan sobre los temas: proceso de trabajo en una unidad de emergencia, repercusiones del AACR en la organización del trabajo del enfermero en una Unidad de Emergencia, los sentimientos vivenciados por estos profesionales, las estrategias defensivas utilizadas por los enfermeros y las actitudes necesarias para el trabajo en una unidad de emergencia con AACR. El ambiente de la Unidad de Emergencia se mostró similar a las otras realidades vivenciadas y descritas en literatura. El AACR trajo modificaciones significativas al proceso de trabajo de los enfermeros, permitiendo organizar la fila de espera y priorizando los casos más graves. Los sentimientos de placer fueron identificados como contribución para el diagnóstico precoz, alivio del dolor y en la recuperación del paciente y el trato con el equipo de enfermería. Las vivencias de sentimientos de sufrimiento están relacionadas con la intensificación del trabajo, el trato con el equipo médico, el miedo y la inseguridad en hacer la contrarreferencia de los usuarios. Las estrategias defensivas utilizadas por los enfermeros evidenciaron esencialmente acciones individuales: buscar apoyo en la práctica religiosa, la convivencia con familiares y amigos y la práctica de deportes. Se observó en esa investigación la presencia de ambigüedad de sentimientos de placer y sufrimiento en la vivencia del AACR. Los resultados de este estudio demuestran las repercusiones que el AACR proporciona en Unidades de Emergencia, en la que dice respeto a organización de la demanda y prioridad de los casos con criterios basados en la gravedad, o sea, en el riesgo de vida. El conocimiento de los factores que llevan a los sentimientos de placer y sufrimiento en este trabajo puede abrir nuevas posibilidades para reflexionar sobre esta práctica, contribuyendo para la realización de un proceso más participativo e innovado

Palabras clave: Selección. Abrigo. Cuidando en la urgencia. Salud del trabajador. Placer. Sufrimiento. Investigación cualitativa.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AACR	Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
CRM	Conselho Regional de Medicina
MS	Ministério da Saúde
PNH	Programa Nacional de Humanização
PNHAH	Programa Nacional Humanização da Assistência Hospitalar
PS	Pronto-Socorro
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde
UEL	Universidade Estadual de Londrina

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	OBJETIVOS	20
2.1	OBJETIVO GERAL	20
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
3	REVISÃO DE LITERATURA E REFERENCIAL TEÓRICO	21
3.1	ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE	24
3.1.1	O Trabalho	24
3.1.2	Trabalho em Saúde	26
3.1.3	Trabalho Hospitalar	31
3.2	O SUS E A ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS	34
3.3	ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	41
3.4	PSICODINÂMICA DO TRABALHO	46
4	PERCURSO METODOLÓGICO	53
4.1	TIPO DE ESTUDO	54
4.2	LOCAL DE ESTUDO	54
4.3	TRAJETÓRIA DA IMPLANTAÇÃO DO PROTOCOLO NO HOSPITAL EM ESTUDO	57
4.4	ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	61
4.5	PARTICIPANTES DA PESQUISA	63
4.6	PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS	64
4.7	Análise DOS Dados	66
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	71
5.1	CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA	73
5.2	CATEGORIAS ANALÍTICAS	75
5.2.1	Categoria Analítica I – Repercussões do AACR na Organização do Trabalho do Enfermeiro em uma Unidade de Urgência	75
5.2.2	Categoria Analítica II – Sentimentos Vivenciados pelos Enfermeiros de uma Unidade de Urgência com AACR	92
5.2.3	Categoria Analítica III – Estratégias Defensivas Utilizadas pelos Enfermeiros de uma Unidade de Urgência com AACR	110

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	117
REFERÊNCIAS	123
APÊNDICES	138
APÊNDICE A.....	139
ANEXOS	140
ANEXO A	141

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

O processo desencadeado pela Reforma Sanitária evoluiu com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, seguida da criação da Estratégia da Saúde da Família na década de 90. Desde então, o SUS vem buscando formas para se organizar nos níveis de atenção à saúde. No entanto, apesar de todos os esforços e das diversas políticas públicas, esses serviços apresentam dificuldades em atender a demanda de cuidados básicos em saúde, tendo, como consequência, o aumento da demanda nos serviços de atendimento terciário. Um dos serviços no âmbito terciário são os tradicionais Prontos Socorros (PS), que se caracterizam em unidades de urgência e fazem parte da rede de atenção às urgências e emergências, destinando-se ao atendimento de diferentes agravos de saúde nos diversos ciclos de vida.

Toscano (2001) comenta que a falta de estrutura dos postos de saúde e a reduzida oferta de serviços para resolver os problemas simples da população levam os pacientes a procurarem os hospitais que possuem atendimento de emergência, na certeza de que vão encontrar um médico.

Outro fator para a sobrecarga desse serviço é o crescimento do número de acidentes e a violência urbana. Estes fatores, aliados à insuficiente estruturação da rede de saúde, têm transformado as unidades de urgência em um dos locais mais problemáticos do SUS (BRASIL, 2006). A superlotação nas unidades de urgência é responsável pelas longas filas de espera por atendimento observadas nos serviços em geral. O maior agravante dessa situação é que os pacientes que realmente necessitam de atendimento imediato, ou seja, os que realmente correm risco de perder a vida, como hipertensos, cardíacos, diabéticos, com queixas neurológicas, entre outros, podem passar horas aguardando por atendimento médico, por falta de uma triagem ou de uma classificação de risco.

O Conselho Federal de Medicina, na Resolução 1451/95 define:

URGÊNCIA, ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata', e EMERGÊNCIA, como 'a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de

vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, o tratamento médico imediato. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1995)

O Ministério da Saúde (MS), entretanto, vem questionando a utilização dos referidos termos, devido à semelhança de significado e às dúvidas que tal ambivalência aponta, já que, em ambas as situações, o paciente necessita de atendimento imediato. Dessa forma, sugere o termo *urgência* para referenciar os casos agudos, sendo respeitada a classificação de gravidade e posterior definição dos critérios de prioridade de atendimento de cada agravo (BRASIL, 2006).

Segundo essa mesma portaria do MS (BRASIL, 2006), o conceito ampliado de urgência difere em função de quem a percebe ou sente. Para os usuários ou familiares, pode estar associada a uma ruptura de ordem do curso da vida, relacionada ao que é imprevisto e ao que não se pode esperar. Para os profissionais de saúde, a dimensão da urgência relaciona-se ao prognóstico vital em certo intervalo de tempo. Já para as instituições, a urgência corresponde a uma perturbação de sua organização, ou seja, aquilo que não pode ser previsto (BRASIL, 2006).

Neste estudo, adotaremos a nomenclatura sugerida pelo MS (unidade de urgência). No cotidiano, a padronização dos termos serve para que haja maior agilidade e humanização no atendimento prestado ao usuário.

O MS caracteriza, ainda, os procedimentos de serviços de urgência em três modalidades, tendo, como critérios, a gravidade (acuidade) e a complexidade do caso a ser tratado: i) urgência de baixa e média complexidade – quando não há risco de morte; ii) urgência de alta complexidade – quando não há risco de morte, mas o paciente apresenta um estado crítico ou agudo; e iii) emergência – quando há o risco de morte (BRASIL, 1995).

Goldim (2006) aponta que o critério adotado para o acesso aos serviços deve ser o de gravidade. Dessa forma, os pacientes em situação de emergência são atendidos em primeiro lugar.

Os serviços de urgência e emergência hospitalar podem ser considerados como uma das áreas mais críticas, de maior complexidade de assistência e com maior atividade de profissionais e de usuários. Somados a essas características, os serviços de urgências contemporâneos contêm uma especificidade que os distingue de quaisquer outros serviços de saúde: trata-se de

uma assistência que deve ser realizada de forma imediata, eficiente e integrada. Exige amplo conhecimento técnico, habilidade profissional e o emprego de recursos tecnológicos (DESLANDES, 2002).

A finalidade de uma unidade de urgência é receber e atender, de modo adequado, os pacientes que requerem cuidados emergenciais, ou seja, a meta é a avaliação imediata e a pronta admissão dele dentro do hospital.

Sendo assim, o MS vem buscando alternativas para organizar o atendimento de modo que cada nível do serviço de saúde seja responsável pela execução de atividades de sua competência. Uma das alternativas é a estruturação dos sistemas estaduais de urgência e emergência de forma a envolver toda a rede assistencial, desde a pré – hospitalar (fixa e móvel) até a rede hospitalar. Além da estruturação, faz-se necessário a capacitação e adequação da demanda de acordo com a capacidade de resolução de cada serviço (BRASIL, 2002).

Em virtude da ocorrência dos vários fatores citados, Magnago (2002) enfatiza a necessidade de reorganizar a unidade de urgência, além da necessidade de recursos tecnológicos e profissionais capacitados.

Dessa forma, evidencia-se o fato de o local de trabalho em unidades de urgência ser considerado como um lugar em que os profissionais estão sujeitos a uma maior carga de tensão e sofrimento psíquico, devido à própria dinâmica do serviço. Essa dinâmica envolve o funcionamento nas 24 horas do dia, a convivência no atendimento imediato e a maior precisão possível. Além disso, o trabalhador se depara com um cenário em que ocorre superlotação de pacientes internados em macas, improvisação de leitos de Unidades de Terapia Intensiva, destinados ao tratamento de pacientes em estado crítico, e livre acesso de usuários, familiares e outros trabalhadores dos serviços de saúde (ALMEIDA; PIRES, 2007). Os aspectos levantados merecem atenção durante o processo de organização do trabalho em serviços de urgência, principalmente com relação à superlotação de pacientes com demandas de cuidados não urgentes alocados no ambiente.

Deslandes (2002) afirma ser inegável a tensão e a insatisfação demonstradas pelos profissionais durante sua atividade, além do sentimento de impotência e da desmotivação por enfrentarem duras jornadas de trabalho, tendo que atender a um número de pacientes maior que a capacidade física e estrutural da unidade.

As unidades de urgência hospitalares constituem-se, portanto, em locais de aglutinação de pacientes acometidos por diferentes problemas de saúde, sendo assistidos por diversos trabalhadores, permeados por situações de altas demandas emocionais em que dor e morte são frequentes (BARBOZA; SOLLER, 2003). No entanto, o trabalho não pode ser reduzido a um processo alienante, no qual o trabalhador se limita a cumprir normas e prescrições. O trabalho humanista compreende a subjetividade de cada sujeito, podendo ser fonte de prazer para uns e fonte de sofrimento e fadiga para outros (ALMEIDA; PIRES, 2007).

De acordo com Thompson (1992), no ambiente de urgência é preciso que o enfermeiro tenha tranquilidade, agilidade, capacidade para tomar decisões rápidas, seguras, contínuas e livres de riscos adicionais, de forma a se adaptar, de imediato, a cada situação que se apresente. Para tanto, é necessário estar preparado para a atuação diante das intercorrências, fundamentado de conhecimento técnico e científico.

O enfermeiro, durante a sua jornada de trabalho, sofre constantes interrupções. Suas atividades abrangem a resolução de problemas com falta de vagas, questões de ordem administrativa, controle de materiais e equipamentos, isso tudo aliado à assistência ao paciente em estado crítico e outras situações do cotidiano da enfermagem.

Assim sendo, podemos afirmar que os modelos de organização de trabalho influenciam diretamente no processo de saúde e doença do trabalhador, em seus aspectos físicos e psicológicos.

Em 2001, foi lançado pelo governo federal, a Política Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), que teve por objetivo mudar os padrões de assistência ao usuário nos hospitais públicos através das relações entre profissionais de saúde e usuários (BRASIL, 2001a). Em 2004, o PNHAH passou a ser a Política Nacional de Humanização (PNH), com o desafio de viabilizar os princípios do SUS (BRASIL, 2004).

O Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACR) é um dispositivo que opera concretamente os princípios da PNH, e que tem como meta implantar um modelo de atenção com responsabilização e vínculo, ampliando o acesso do usuário ao SUS, implantando um acolhimento responsável e resolutivo, com base em critérios de risco (BRASIL, 2004a).

O AACR pressupõe:

Determinação de agilidade no atendimento a partir da análise, sob a óptica de protocolo pré-estabelecido, do grau de necessidades do usuário, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade. 'Desta maneira exerce-se uma análise (avaliação) e uma ordenação (classificação) da necessidade, distanciando-se do conceito tradicional de triagem e suas práticas de exclusão, já que todos serão atendidos' (ABBÊS; MASSARO, 2004, p. 22)

A implantação do AACR possibilita, também, à equipe de enfermagem a prática e a criação de estratégias mais eficazes para o enfrentamento dos problemas e necessidade de saúde da população. Isso requer, dos profissionais da enfermagem, a incorporação de contínuas discussões acerca do processo de trabalho e da relação que travam com os usuários nos serviços de saúde. Nesse encontro entre trabalhador e usuário, operam relações de escuta, responsabilizações e poder, que se articulam com a constituição de vínculos e dos compromissos em projetos de intervenção. Nesse sentido, Merhy (1997) inclui o acolhimento como elemento inicial do processo de trabalho em saúde.

O acolhimento é tido como um dos modos de operar os processos de trabalho em saúde para atender a todos que procuram esses serviços. Para tal, pressupõe-se o reconhecimento dos usuários como sujeito participante do processo, tratando-os como um todo e não se ocupando somente com suas doenças (BRASIL, 2004b).

Malta *et al* (2000) relatam a experiência de implantação do acolhimento na rede pública de saúde de Belo Horizonte e revelam que a mudança no processo de trabalho possibilitou melhorias na relação com os usuários, estreitando os vínculos. Significou, também, a ruptura do modelo hegemônico centrado nas fichas de atendimento médico, permitindo o resgate do trabalho multiprofissional em saúde. Favoreceu, ainda, a implantação de protocolos assistenciais que permitiram reorganizar o processo de trabalho com a ampliação de espaços de discussão, escuta, trocas e decisão coletiva.

Em 2003, a prática do acolhimento foi implantada na Unidade de Pronto Atendimento Oeste, na cidade de Belo Horizonte, sendo, na época, denominada de Triagem Classificatória de Risco, e considerada o primeiro modelo sistematizado no estado de Minas Gerais (NORONHA, 2003).

No ano de 2005, durante o I Seminário de Acolhimento com Classificação de Risco, CRM/MG, COREN/MG e a Universidade Federal de Minas Gerais discutiram amplamente outras experiências nos serviços de saúde no Brasil. A partir desse seminário, foi elaborado um protocolo de atendimento, em que foram definidos os critérios de atendimento, equipe multidisciplinar, bem com o processo de trabalho para possibilitar a implantação dessa nova prática de acolhimento (GRUPO BRASILEIRO..., 2008).

Posteriormente, a Secretaria Estadual levou essa iniciativa a outras cidades de Minas Gerais. Cidades de outros estados também tiveram a oportunidade de atuar nesse sentido, como Porto Alegre, Cuiabá, Rio de Janeiro, Fortaleza, João Pessoa, entre outras (GRUPO BRASILEIRO..., 2008).

A PNH (BRASIL, 2004b) propõe o acolhimento como uma prática de humanização na produção e promoção da saúde. Mas é, como toda nova prática, carregada de novas exigências, capazes de sobrecarregar ainda mais os profissionais de saúde, caso eles não estejam instrumentalizados para lidar com o aumento de demanda gerado na ampliação qualitativa da universalidade pela qual devem se responsabilizar (SCHOLZE; DUARTE JUNIOR; FLORES E SILVA, 2009).

No ambiente hospitalar, as adversidades são inúmeras: a dor, o sofrimento e a constatação da finitude humana, observada pela doença e pela morte. O profissional de saúde se confronta com outros aspectos, descritos por Silva (1998), que também podem originar sofrimento psíquico, tais como a estrutura hierárquica centralizadora, que acaba impossibilitando a ação criativa, gerando conflito entre o ideal e o possível e competição entre as especialidades das áreas de saúde, colaborando para a existência de corporativismos e a falta de comunicação entre as equipes e familiares dos doentes.

Trabalhar com pacientes em unidades críticas tais como as urgências envolve a imprevisibilidade e a complexidade e destaca a intensa relação desse trabalhador com as questões relacionadas ao processo de morte, traduzidas por um cotidiano de trabalho permeado por vivências ligadas a dor, sofrimento, impotência, angústia, medo, desesperança, desamparo e perdas de diversos tipos.

Osório (2003) refere que os cuidadores, ou seja, os profissionais da área da saúde, ao fornecerem os cuidados ao paciente, promovem o seu bem-estar físico, psicológico e social, adotando uma postura que vai além de sua competência

técnica de lidar com o sofrimento que acompanha a perda da saúde, exercendo suas atividades na fronteira entre a vida e a morte. Isso cria uma sobrecarga emocional diária, evidenciada a partir das relações com a equipe de trabalho e pelo contexto institucional em que atuam. Conforme Beck (2001), valorizar e reconhecer o trabalho desses profissionais se faz necessário, pois é uma forma de fazer com que encontrem prazer e satisfação com sua obra, tendo realçadas suas potencialidades enquanto ser humano.

A Psicodinâmica do Trabalho (DEJOURS, 1992) procura evidenciar as formas de expressão de sofrimento e prazer oriundos da inserção do sujeito no mundo do trabalho. O mesmo autor (1994) propõe uma análise sobre a necessidade de situar a relação entre saúde mental e trabalho dentro daquilo que a especifica como relação social. Aponta, ainda, que o eixo de análise deve ser deslocado da loucura para a normalidade, pois a maioria dos trabalhadores, apesar das pressões que enfrentam no trabalho, não descompensam psiquicamente (DEJOURS, 2001).

Sendo assim, o sofrimento no trabalho, conforme citado por Dejours (1999), pode ser mantido através de desenvolvimento e estratégias defensivas que garantam a normalidade aparente e insensibilizem contra o que faz sofrer; como exemplo, as demandas lançadas para a criação de um espaço acolhedor, em um ambiente voltado para a humanização, dentro de um sistema que desconsidere a subjetividade do trabalhador e do usuário. Esse trabalhador protege a sua saúde mental, de modo a tornar tolerável o sofrimento ético que experimenta ao infligir um sofrimento indevido ao outro, objetificando-o e a si mesmo num processo de produção de procedimento e não de saúde.

Considerando a inserção da equipe de enfermagem no AACR e o protagonismo desenvolvido pelo enfermeiro nesse processo, interroga-se:

- quais são as alterações que ocorreram na organização do trabalho da enfermagem em unidade de urgência a partir da implantação do AACR?;
- que sentimentos os enfermeiros estão vivenciando com a prática do AACR?;
- quais são as estratégias defensivas utilizadas pelos enfermeiros que atuam em unidade emergência, a partir da implantação do AACR, para enfrentar o sofrimento no trabalho?

Diante destes questionamentos, optou-se por realizar um estudo no município de Londrina-PR, em uma unidade de urgência que está utilizando o AACR em sua prática cotidiana.

Londrina é um município localizado no norte do Paraná, que se apresenta na modalidade de contrato de Gestão do Sistema conforme o Pacto de Gestão do SUS. Pertence à 17ª Regional de Saúde do Estado. Tem implantado o Serviço Móvel de Atendimento à Urgência (SAMU), em processo de implementação dos serviços através de recursos federais e estaduais. As unidades prestadoras de serviços de saúde estão contratualizadas. A prática do Acolhimento faz parte do protocolo clínico do município, estando, ainda, em processo de implementação. No tocante à classificação de risco, ocorre de forma incipiente e isolada em cada serviço de saúde, embora tenha sido pactuado no Comitê Municipal de Urgência e Emergência. Possui, também, a Central Municipal de Regulação de Leitos (LONDRINA. Prefeitura Municipal, 2010).

Espera-se que os resultados desta pesquisa possam contribuir para a compreensão das mudanças ocorridas na organização do trabalho com a experiência de implantar o AACR em unidades de emergência. Essas mudanças desencadeiam repercussões para a equipe de enfermagem, pois, na maioria das vezes, ela é a responsável pelo acolhimento. Tais repercussões podem levar à vivência de sentimentos de prazer e sofrimento, assim como ao desenvolvimento de estratégias defensivas individuais e/ou coletivas. Espera-se que esta pesquisa possa, também, contribuir com outros serviços de emergência e urgência que estejam se preparando para implantar o AACR ou já o tenham implantado.

OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Compreender a organização do trabalho de uma unidade de urgência após a implantação do AACR e suas repercussões sobre a prática do enfermeiro.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o processo de implantação do AACR em uma unidade de urgência;
- Identificar as repercussões que o AACR pode trazer à prática dos enfermeiros em uma unidade de urgência a partir de sua implantação;
- Descrever os sentimentos dos enfermeiros a partir da implantação do AACR em uma unidade de urgência;
- Identificar as estratégias defensivas individuais e/ou coletivas que os enfermeiros que atuam em Unidades de Urgência utilizam para mediar o sofrimento, a partir da implantação do AACR.

REVISÃO DA LITERATURA E REFERENCIAL TEÓRICO

3 REVISÃO DE LITERATURA E REFERENCIAL TEÓRICO

O levantamento bibliográfico deste estudo foi efetuado nas bases de dados Bireme, Scielo, BVS e CAPES, utilizando como descritores: organização e administração, enfermagem, classificação, triagem, enfermagem em emergência e urgência, emoções, saúde do trabalhador e estresse psicológico. Também foi efetuada pesquisa bibliográfica na biblioteca da Universidade Estadual de Londrina (UEL), no banco de dados de dissertações e teses, bem como em livros e periódicos.

A revisão da literatura evidenciou que temas como humanização da assistência e prazer e sofrimento no trabalho são assuntos novos no campo da produção científica, com considerável publicação. As publicações em relação à implantação do AACR e as modificações ocorridas no trabalho do enfermeiro ou da equipe de enfermagem são escassas, embora a maior parte da literatura consultada saliente a necessidade de reestruturar os serviços de urgência.

A fundamentação deste estudo é direcionada para a contextualização da organização do trabalho em saúde, a produção de cuidados em uma unidade de urgência, a implantação da prática do AACR e a psicodinâmica do trabalho.

A seguir, serão feitas considerações sobre as temáticas que subsidiaram a construção do polo teórico-metodológico deste estudo. A organização do trabalho em saúde aborda o trabalho em saúde de uma forma geral, focando para o trabalho hospitalar. Em seguida, é descrito o trabalho nas unidades de emergência e sua relação com o SUS. Após, está contextualizada a origem e a implantação da política do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco em uma unidade de urgência e, finalizando o capítulo, estão descritos, de forma sucinta, alguns fundamentos básicos da psicodinâmica do trabalho.

3.1 ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE

3.1.1 O Trabalho

Verifica-se que, ao longo da história, o homem valoriza o trabalho cuja finalidade é buscar a sobrevivência, de tal forma que este conduz a busca por maneiras de transformar e dominar a natureza.

Para Marx (1988), o trabalho é um processo em que o ser humano, com sua própria ação, impulsiona, regula e controla o seu intercâmbio material com a natureza. Ainda para o autor, o trabalhador não transforma apenas a matéria ao projeto que tinha em mente, mas imprime neste a lei determinante do seu modo de operar e ao qual tem de subordinar a sua vontade. O trabalho humano, como processo histórico de produção social, tem uma finalidade, parte de uma necessidade social e individual. O estabelecimento de relações sociais, com base em sua relação com o objeto e os instrumentos, imprime uma dinâmica específica a todo o processo, num dado momento histórico.

Para Heller (1991), o trabalho é uma atividade básica e genérica do homem, caracterizando-se como o intercâmbio entre a sociedade e a natureza, natureza esta entendida não como realidade contemplativa e dada, mas como construção do homem. Assim, o trabalho deve ser a ação que favorece as trocas entre os seres humanos, o que permite uma relação com a natureza, através de sua manipulação, favorecendo o desenvolvimento humano.

Essa relação do homem com a universo é perpassada por alterações que se tornam complexas e sofisticadas. Zarifian (2002, p. 10) aponta: “todo trabalho caracterizado profissionalmente pode ser definido nos seguintes termos: conduzir um devir, mobilizar a experiência passada e antecipando o porvir”.

O capitalismo industrial, em sua hegemonia, tornou viável a instituição da autodisciplina na organização do tempo, que passou a permear toda a atividade social, organizada e reforçada pela disciplina industrial. A existência de um tempo homogêneo, caracterizando o tempo do porvir, permitiu comparar e controlar trabalhos heterogêneos, relacionando-os com um padrão comum, ou seja, o tempo necessário para produzir uma unidade de mercadoria (ZAFIRIAN, 2002).

E, num aspecto mais amplo, possibilitou organizar os acontecimentos e as relações sociais e fazer previsões, nesse tempo espacializado, em torno de um referencial comum, rigorosamente homogêneo, que contabiliza a passagem de minutos, dias ou anos. Dotado de tanta utilidade social, o tempo espacializado não tem sentido próprio nem valor ético, mas foi incorporado na organização taylorista do trabalho, definindo cada gesto e movimento do trabalhador, sempre repetidos da mesma forma no presente (ZAFIRIAN, 2002).

Atualmente, quando aplicada aos prazos para a realização de certa tarefa, a pressão do tempo pode ser simplesmente transferida do gesto do trabalhador para a impaciência do cliente ou, alternativamente, ser negociada numa interação entre trabalhadores e clientes, determinada pela qualidade concreta do serviço, e não pela ditadura abstrata do tempo homogêneo. Assim, o trabalho volta-se para o tempo do devir, simultaneamente objetivo e subjetivo, integrando as memórias e as experiências do passado em um presente que apenas serve ao fluxo das transformações que conduzem às diferentes possibilidades do futuro (ZARIFIAN, 2002).

Codo, Sampaio e Hitomi (1993) apontam que o modo de produção capitalista tem direcionado todo o esforço no sentido de transformação do indivíduo em instrumento de trabalho, em outras palavras, em transformar o trabalho em força de trabalho. Este objetivo vem se concretizando pela divisão da tarefa e/ou pela maquinaria, geradores de uma drástica diminuição da importância do trabalhador individual. Portanto, a divisão do trabalho constitui-se numa forma de organização, segundo os objetivos de valorização do capital.

Sendo assim, o capital, pela divisão do trabalho, consegue parcelar, desvalorizar e simplificar o trabalho individual, constituindo a primeira forma do trabalho coletivo, criando, assim, condições para sua própria valorização. A crescente fragmentação do trabalho, com vistas a sua padronização e programação, passa, necessariamente, pela redução da subjetividade, implicando perda de participação do trabalhador na concepção e execução da tarefa. Como a subjetividade do trabalhador contrapõe-se à valorização do capital, quanto menos qualificados forem os trabalhadores, maior facilidade de intervenção do capital sobre a forma de realizar as operações, sobre tempo e precisão do processo de trabalho (RUAS, 1985).

3.1.2 Trabalho em Saúde

O trabalho em saúde é parte do setor de serviços e se caracteriza por uma produção não material, que se completa na ação de sua realização e tem seu produto indissociável do processo que o produz. É determinado pelo processo histórico-social e resultante da influência paradigmática da ciência em relação ao processo saúde-doença, dos recursos tecnológicos disponíveis, das formas de organização do trabalho, do modo de produção e das demandas sociais em relação à saúde. Participa do processo de produção no setor terciário da economia, influenciado pela lógica de acumulação do capital, pela tecnologia e pelas formas de organização do trabalho utilizadas nas indústrias (PIRES, 1998).

Pitta (1999) refere que a organização do trabalho coletivo em saúde possui uma divisão técnica que absorve as características da manufatura e, dessa forma, teria valor de uso e lógica de qualificação no interior do setor terciário como serviço a ser consumido. O processo de trabalho é uma atividade existente em todas as formas de organização social e compõe-se de três elementos: o trabalho em si, o objeto de trabalho e as relações com o objeto.

Silva (1998) aponta que, no trabalho em saúde, a finalidade do processo se encontra na ação terapêutica, que o objeto de trabalho se situa no indivíduo sadio, doente ou em indivíduos e grupos expostos a riscos e que o produto final se refere a um serviço. Constituem, ainda, os instrumentos e as condutas dos meios de trabalho, o que se refere ao nível técnico de conhecimento.

Gonçalves (1994) afirma que, na saúde, o processo de trabalho é estabelecido através das relações entre objeto, instrumentos e produtos, diante das necessidades expostas, sendo direcionadas a uma finalidade e dirigidas pela intencionalidade perante um saber operatório. Dessa forma, as práticas ou ações em saúde aparecem com a finalidade de resolver as necessidades de saúde do indivíduo ou de um grupo específico, considerando-os como sujeitos atuantes em todo o processo de produção.

Merhy (2002) ressalta que o produto final do trabalho na saúde, o cuidado, é consumido, pelo usuário, no mesmo momento em que é produzido; sendo assim, é indissociável do processo que o produziu, é a própria realização da atividade.

Peduzzi (1999) afirma que, no processo de trabalho em saúde, estão intrínsecas a subjetividade e a objetividade. O objeto é o ser humano que interfere na produção e, portanto, as relações humanas são inerentes a esse processo.

O processo de trabalho é determinado pela sua finalidade, pela idealização do resultado projetado pelo trabalhador muito antes da sua realização. O produto obtido contém a intenção do trabalhador que efetua a ação, cujo objeto, o usuário, também interage no processo, colocando nesse espaço sua intencionalidade, seu conhecimento e suas representações. Nessa troca de subjetividades está expressa a concepção de saúde e doença de quem produz e de quem recebe os cuidados, assim como seu modo de produção (MEHRY, 2002).

Uma das características do trabalho em saúde é ser relacional e, para tal, exige a utilização de tecnologias. A tecnologia é compreendida como um grupo de conhecimentos aplicados a determinado ramo de atividade. Pressupõe que a atividade produtiva traga em si um saber quando utilizado para executar determinadas tarefas, que vão levar à criação de algo (FERREIRA, 1999).

No momento da produção do cuidado, são definidas as tecnologias de trabalho em saúde, que, segundo Mehry (2002), são classificadas em “duras”, “leves-duras” e “leves”. Por “duras” entende-se equipamentos tecnológicos, como máquinas, normas e estruturas organizacionais. As “leves-duras” compreendem o conjunto dos saberes que operam no processo de trabalho em saúde estruturado, ou seja, a parte “dura”, e a “leve”, como o modo que cada trabalhador aplica os saberes em sua prática profissional. E, por fim, as “leves”, consideradas as relacionais, que dependem da forma como o trabalhador irá desenvolver-se profissionalmente, sendo, assim, guiado por certa intencionalidade. As tecnologias “leves” também representam a subjetividade, o acolhimento, o vínculo, a autonomização, a gestão, como forma de orientar processos, ou seja, essas tecnologias estão diretamente ligadas às relações.

A dimensão relacional é concebida, interpretada, julgada e avaliada segundo o referencial de cada pessoa/profissional, ou seja, segundo a subjetividade própria de cada indivíduo. Dessa forma, não tem como separar a pessoa do profissional, haja vista que esse indivíduo está imbuído de seus valores, crenças, hábitos, trajetória de vida, que confere algo de particular à leitura e à interpretação dessa realidade.

Mehry (1997) aponta, ainda, que o trabalhador da saúde lida no cotidiano com grandes paradoxos, como a vida e a morte, a dor e o prazer, existindo, no processo de relação com o objeto de trabalho, uma relação humana intensa, que é intrínseca à inter-relação e ao vínculo. Sendo assim, configura-se, ao mesmo tempo, como uma ação produtiva e de interação social (SCHRAIBER, 1999).

No entanto, ainda observamos que, na saúde, o trabalho coletivo costuma ser organizado de forma taylorista, fragmentando a atividade produtiva em diferentes parcelas executadas por trabalhadores especializados em cada uma das ações necessárias ao cumprimento da tarefa. Tal divisão técnica do trabalho em saúde é característica do sistema de produção capitalista, determinando a padronização das tarefas de forma hierarquizada e afastando o profissional da saúde do controle do processo de cuidado; com isso, há a perda da autonomia e a alienação desse profissional (PIRES, 1998). O foco do trabalho passa a ser a execução de procedimentos repetitivos, em um tempo espacializado que exclui o trabalhador do processo criativo e das decisões sobre o cuidar (PIRES, 2006a, 2006b; CAMPOS, 1998).

Pires (1999) aponta, também, que o modelo tradicional de administração é predominante nos serviços de saúde. Não trabalha com planejamento, não há a participação dos trabalhadores, não acontece a integração interdisciplinar dos conhecimentos e da prática em saúde. Tudo isso provoca a alienação, a especialização e a fragmentação. Essas consequências são oriundas da influência capitalista no setor da saúde, bem como as influências como o modelo hegemônico de produção de conhecimento na área da saúde, influências sociais sobre o trabalho em saúde, mais especificamente sobre os modelos de gestão.

Em todo o processo de trabalho está presente um *quantum* de dominação e controle, o que garante margens de negociação entre os agentes. A organização científica dos processos de trabalho, com divisão rígida de tarefas e desvalorização dos conhecimentos e das vivências dos trabalhadores, tem levado à alienação e à consequente desresponsabilização pelo atendimento (DEJOURS, 1994).

O modo de trabalho em saúde implica a relação trabalhador-usuário, a redução do universo das necessidades e os conhecimentos específicos necessários. Isto torna tal processo previsível e estruturado, podendo fazer com que seus agentes deixem de ser sujeitos e tornem-se meros cumpridores de rituais, ao

trocar a complexidade da vida pela simplicidade do raciocínio, transformando os procedimentos em atos terapêuticos eficientes em si e justificados pela frieza do rigor científico (CAMPOS, 1997; MERHY, CECILIO; NOGUEIRA FILHO, 1991).

Pensando ainda em atos produtivos em saúde, Mehry (2007) aponta que, na convivência das dimensões da organização e do saber tecnológico, existem duas modalidades de trabalho: vivo e morto. Trabalho morto refere-se aos meios envolvidos no trabalho e resultantes de um trabalho anterior, por exemplo, equipamentos, máquinas, instrumentos, protocolos e conhecimentos. Por outro lado, o trabalho vivo é a expressão que dá o significado ao trabalho em ato, isto é, ao exato momento da atividade produtiva, que está em curso e em ação. Quando o trabalhador tem certa autonomia para se relacionar com os sujeitos, diz-se que há predominância do trabalho vivo. Já no trabalho morto o que impera é que as atividades ficam restritas ao comando de pré-instrumentos, protocolos, sendo, então, pré-programadas.

É ainda referida por Mehry (1997) a possibilidade de autogoverno dos trabalhadores, que se caracteriza pela tomada de decisão diante das necessidades que se apresentam no cotidiano de trabalho, podendo imprimir mudanças, partindo das intersubjetividades dos agentes do processo de trabalho, ou seja, a capacidade de decidir de acordo com os valores, as expectativas, as necessidades, as prioridades e as crenças de cada pessoa. O autor faz referência à autonomia a partir do momento em que os agentes são sujeitos da ação.

Acredita-se que agindo desta maneira, os profissionais podem tornar-se criativos e reinventar formas de trabalhar cotidianamente, interferindo no modo como o atendimento é realizado, possibilitando configurar um novo formato tecnológico e assistencial.

No desempenho da ação, o profissional poderá tanto usar o que já está construído, estabelecido, como pode exercer a sua autonomia, construindo novas formas de cuidado em saúde. Sempre existirá um espaço de exercício de autonomia do trabalhador, pois o trabalho vivo, em ato, pressupõe a possibilidade de criatividade, podendo esta ser explorada para inventar novos processos de trabalho, inclusive para aquelas dimensões ainda não pensadas. Mesmo nos processos mais arraigados, sempre há a possibilidade de se formarem fissuras, para que seja questionada a lógica estruturada de produção de cuidados, podendo o trabalhador, assim, estabelecer linhas de fuga que ampliem a sua atuação e sua autonomia em

prol da satisfação das necessidades do usuário (MERHY, 2002). Por outro lado, essas fissuras podem representar também, estratégias de auto – proteção do trabalhador.

Boff (1999) menciona que há diferentes modos-de-ser do homem no mundo do trabalho. Em relação à característica excludente da possibilidade de criação do trabalhador, define o trabalho como um dos modos-de-ser no mundo, em oposição ao modo-de-ser cuidado. A partir desses modos possíveis, o ser humano desenvolve seus processos de construção da realidade. O trabalho surgiu como interação do homem com a natureza, evoluindo para uma relação progressivamente mais intervencionista em seu meio, formando culturas que modelaram a natureza e os próprios humanos. Isso foi possível somente adotando certo distanciamento da natureza, a fim de analisá-la e dominar seus processos. Assim, a lógica do ser-no-mundo trabalho é antropocêntrica, negando as conexões do humano com a natureza. Por extensão, essa lógica do trabalho aplicada na própria sociedade humana pode acabar por objetificar e subjugar também as pessoas, como fins para atingir objetivos de produção e consumo.

Já o modo-de-ser cuidado seria a essência do ser humano, que não se opõe necessariamente ao modo-de-ser trabalho, mas dele diferencia-se por manter uma relação de convivência sujeito-sujeito com a natureza e entre os seres humanos. Desse modo, a intervenção sobre um objeto é substituída pelo acolhimento e pelo respeito, com os quais o humano dirige-se aos elementos da natureza e da sociedade por seu valor intrínseco e não utilitário.

Diversas categorias profissionais são necessárias para dar conta do universo do trabalho em saúde, determinando o seu caráter coletivo. As práticas de saúde caracterizam-se por diversos agentes, com atividades interdependentes e complementares, que podem estar articuladas a outras práticas da sociedade (GONÇALVES, 1992, 1994).

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

Segundo Campos (1997), os trabalhadores da área da saúde são produtos de relações nas quais estão inseridos, mas são, concomitantemente, produtores desse mesmo sistema, ou seja, sujeitos e objetos em um mesmo

momento e em todo tempo. Trata-se de um paradoxo, pois, como objetos, tendem a sofrer passivamente os efeitos da política, das leis, dos valores culturais, podendo, em certos momentos, estar alienados. No entanto, como profissionais de saúde, produzem saberes que influenciam todos os aspectos da vida social, política, modelos de atenção e mercado de trabalho, dentre outros. Isso quer dizer que eles têm um grau relativo de autonomia.

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

Já o ato assistencial pode ser realizado de forma independente em uma relação direta do profissional com o cliente. A maior parte de atenção à saúde prestada à população desenvolve-se em instituições de saúde que organizam o seu modo de funcionamento e processo de produção, sofrendo a influência da sociedade que se encontra inserida e, conseqüentemente, de contextos políticos, modelos administrativos, tecnologias disponíveis e do paradigma da produção de conhecimentos vigente (PIRES, 1998, 1999).

Além de toda a incorporação tecnológica no trabalho em saúde, percebe-se também, na atualidade, a intensificação do labor, com níveis desiguais de domínio dos agentes sobre o processo de trabalho (DESLANDES, 2002).

3.1.3 Trabalho Hospitalar

O hospital é um lugar que, como uma organização prestadora de serviços, tem sua prática calcada na relação entre as pessoas, seja entre trabalhadores ou envolvendo pacientes e familiares. São raros os postos de trabalho em que o trabalhador do hospital estará vinculado apenas a uma máquina para realizar seu trabalho. No exercício do trabalho hospitalar desencadeia-se, permanentemente, uma relação de dependência entre os diferentes trabalhadores, marcada pelas expectativas de uns com os outros e com os modos de ser de cada trabalhador.

O trabalho hospitalar tem sido tema de vários estudos no campo da saúde do trabalhador. Pitta (1999) sugere que o trabalho nesse contexto implica permanente exposição a um ou mais fatores que podem produzir doenças ou sofrimento e que este fato decorre da própria natureza desse trabalho e de sua organização. Para a autora, o próprio objeto de trabalho – a dor, o sofrimento e a morte do outro – e as formas de organização do trabalho, essencial e continuado, contêm as determinantes principais do sofrimento que interagem dinamicamente e com eficiência entre si e com outros possíveis fatores. Paradoxalmente, esse mesmo objeto de trabalho é capaz de produzir satisfação e prazer, através de mecanismos defensivos de natureza sublimatória, quando há condições facilitadoras que permitam aos trabalhadores terem suas tarefas socialmente valorizadas.

De acordo com Seligmann-Silva (2003), o trabalho hospitalar, para o profissional da saúde, está associado a valores sociais e éticos de grande alcance, relacionados à vida, alívio de sofrimento e recuperação da saúde. Sendo assim, essa atividade pode significar o fortalecimento da identidade para estes profissionais e, conseqüentemente, ser positivo, no sentido da promoção de saúde.

O que ocorre nas instituições de saúde, segundo Pires (1996), é um trabalho profissional com divisão parcelar e com relações hierárquicas e de comando. Essa divisão pode ser observada fortemente no contexto de trabalho hospitalar, que se caracteriza por agregar saber especializado à hierarquia e à disciplina.

A análise do trabalho parte da afirmação de Castel (1998) de que o trabalho continua sendo referência não só econômica, mas também psicológica, cultural e simbolicamente dominante para a discussão sobre os processos de integração da sociedade e dos trabalhadores. No caso do trabalho hospitalar, ressalta-se que o hospital é o lugar social e historicamente legitimado e reconhecido para tratar das pessoas que estão doentes. Os profissionais lidam cotidianamente com os limites tênues entre vida e morte (PITTA, 1999), confrontando-se com a fragilidade do ser humano e, certamente, com sua própria fragilidade.

Evidencia-se que cada profissional realiza suas funções individualmente e que o profissional médico assume o papel de elemento central do processo da assistência institucionalizada em saúde. Embora os outros profissionais fiquem subordinados às decisões médicas, apresentam certa autonomia e tomada de decisão e o trabalho em equipe desenvolve-se de forma parcelar (LIMA, 1998).

Lima e Almeida (1999) comentam sobre a atuação coletiva e complementar dos profissionais de saúde no hospital, que compartilham saberes específicos na produção de cuidados. A autonomia dos profissionais nos espaços hospitalares está condicionada ao conhecimento técnico-científico e à explicitação de saberes dos outros instrumentos e das práticas, como relações de poderes.

Nesse sentido, Lopes (1996) menciona que a consolidação da dimensão coletiva do processo terapêutico não significa que o reconhecimento da colaboração dos grupos profissionais nesse processo seja uniforme. Aos profissionais médicos, ao longo dos tempos, foram dadas vantagens para a legitimidade simbólica e uma legislação para ampará-los na trajetória de atitudes da categoria.

Na divisão do trabalho hospitalar, o médico ganha o papel de supremacia na organização do trabalho. O médico, assim, possui papel central sobre diagnóstico, exames, terapia medicamentosa, uso dos equipamentos, internação e alta hospitalar. Também delega o trabalho assistencial aos outros trabalhadores, principalmente os de níveis médio e elementar (PIRES, 1998).

Verifica-se, portanto, a separação entre a concepção do trabalho e a execução das tarefas. Pitta (1999) aponta que o trabalho dos auxiliares e atendentes é mais intenso, repetitivo e menos valorizado, do ponto de vista social e financeiro. Também pode ser considerado manual, pois não é decorrente do que fora concebido pelo médico e sim da coordenação do enfermeiro.

Dessa forma, o enfermeiro atua como coordenador da equipe de técnicos e auxiliares de enfermagem, mesmo sob subalternidade ao médico. Lima (1998) aponta que, além dessa atribuição de coordenar a equipe de técnicos e auxiliares, os enfermeiros desempenham a função de interligar o trabalho do médico ao da enfermagem e deste com os demais trabalhadores que integram o processo de trabalho no hospital.

O trabalho nas unidades hospitalares específicas para atendimentos de urgência e emergência será abordado no tópico seguinte.

3.2 O SUS E A ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído com a promulgação da Constituição Brasileira em 1988 (BRASIL, 1988). Foi concebido na assertiva de que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado. E a gestão do sistema passou a ser fundamentada através dos princípios da universalização, equidade e integralidade através da descentralização, regionalização e hierarquização de ações e serviços, com a participação ativa da sociedade e complementaridade dos serviços privados. A Carta Magna incorpora conceitos e princípios propostos pelo Movimento da Reforma Sanitária; entre eles, a criação de um Sistema Único descentralizado, com comando único em cada esfera de governo. Dessa forma, o SUS é a Política Atual de Saúde no Brasil (BRASIL, 2006).

Em 1990, foi promulgada a Lei Orgânica 8.080 (BRASIL, 1990a), que regulamenta o SUS, tendo sido complementada pela Lei 8.142 (BRASIL, 1990b). No conjunto destas duas leis encontram-se os princípios e diretrizes do SUS, sendo eles:

- a universalidade do acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- a integralidade da assistência;
- a preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- igualdade de assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios;
- direito à informação às pessoas assistidas sobre a sua saúde;
- divulgação de informações quanto ao potencial do serviço de saúde e a sua utilização pelo usuário, utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades;
- participação da comunidade, descentralização política administrativa;
- conjugação dos recursos financeiros, resolutividade em todos os níveis de assistência e a organização dos serviços públicos de modo a evitar a duplicidade de meios para fins idênticos (BRASIL, 1990a, 1990b).

O Sistema de Saúde vigente é regido nesta legislação e implementado por meio de Normas Operacionais e Portarias Ministeriais. O SUS é destinado a todos os cidadãos, financiado por recursos arrecadados pelos impostos e contribuições sociais pagos pela população que compõem os recursos do governo federal, estadual e municipal (BRASIL, 2006).

A XI Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1992, ampliou as diretrizes implementadas na VIII Conferência, estabelecendo como princípios básicos para a universalização, a hierarquização, a regionalização, a descentralização do atendimento médico, a resolutividade, a unificação e a descentralização dos serviços, a municipalização, a distritalização e a participação da comunidade (BRASIL, 1993).

A sociedade, por meio dos Conselhos de Saúde, em níveis municipal, estadual e federal, participa na gestão da saúde, defendendo os interesses da coletividade, para que estes sejam atendidos pelas ações governamentais (BRASIL, 2006).

As ações de saúde devem ser descentralizadas, hierarquizadas e regionalizadas. A rede de atenção deve agregar serviços de complexidade crescente com três níveis de atenção: primário, secundário e terciário. As Unidades Básicas de Saúde (UBS), ambulatorial, devem promover cuidados básicos de promoção, manutenção e recuperação da saúde. A média complexidade deve prestar assistência nas variadas especialidades para doenças de maior prevalência e, por fim, as Unidades de alta complexidade, representadas pelos Centros Hospitalares, com unidades ambulatoriais, unidades de urgência e unidades de Internação, devem promover cuidados de maior complexidade. Para o desenvolvimento da Atenção Básica e para o atendimento em situações de emergência há os Programas Saúde da Família e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) (SANTOS et al., 2003).

Essa rede de atenção técnica assistencial é representada por uma pirâmide e representa a distribuição dos componentes do SUS. Na base, está localizado o conjunto das UBS, responsável pela atenção básica a grupos populacionais adstritos à área de abrangência de cobertura. Constituiriam a verdadeira porta de entrada para os níveis superiores de maior complexidade tecnológica do sistema de saúde. Na porção intermediária estariam localizados os serviços nominados como média complexidade, sendo os serviços ambulatoriais

com suas especialidades clínicas e cirúrgicas, o conjunto de serviços com apoio diagnóstico e terapêutico, alguns serviços de Urgência e Emergência e os hospitais gerais. No topo da pirâmide, estariam os hospitais de maior complexidade, tendo, no seu vértice, os hospitais de alta complexidade. A pirâmide representa a possibilidade de uma racionalização do atendimento, de forma que haja um fluxo ordenado de usuários tanto de baixo para cima como de cima para baixo, realizado através dos mecanismos de referência e contrarreferência, de forma que as necessidades de assistência das pessoas sejam trabalhadas nos espaços tecnológicos adequados (SANTOS et al., 2003).

Cecílio (1997) aponta outra possibilidade de “porta de entrada”, pensada em um círculo com várias entradas em vários pontos do sistema, permitindo ao usuário uma assistência adequada, com tecnologia e espaço certos e ocasião adequada. O autor esclarece que a rede básica não tem conseguido tornar-se a “porta de entrada” principal do sistema de saúde. Refere que o perfil de morbidade da clientela assistida nos prontos-socorros mostra que a maioria poderia ser atendida nas UBS e que o acesso aos serviços especializados e às cirurgias eletivas através das unidades básicas é bastante difícil.

O mesmo autor refere que é necessária uma melhor definição do papel das UBS e dos hospitais, principalmente dos Serviços de Emergência e ambulatórios (CECÍLIO, 1997).

Com a intenção de analisar a organização do trabalho dos enfermeiros de uma unidade de urgência, são apresentadas algumas considerações a respeito da origem e da organização desse trabalho, seus agentes e práticas. O primeiro protótipo ocidental de um serviço de urgência foi criado no século XI, pelas ordens Cruzadas de Malta de St. John, originando um serviço de cuidados emergentes para vítimas da Guerra Santa (BOSSAERT, 1993).

O conceito médico de emergência surgiu por volta de 1940, nos Estados Unidos, a partir do corpo de bombeiros, que foram os primeiros a prestar cuidados médicos aos enfermos durante o transporte (ALBINO; RIGGENBACH, 2004).

A partir da década de 50, os serviços de emergência assumiram relevância, especialmente nos Estados Unidos, devido ao aumento do número de vítimas de “causas externas”, sobretudo os associados aos acidentes de trânsito e, também, ao desenvolvimento de técnicas cirúrgicas e de atendimento aos grandes

traumas decorrentes da experiência acumulada nas Guerras da Coréia e do Vietnã (POWERS, 1973).

Também foram de grande importância para os Serviços de Urgência o desenvolvimento dos conhecimentos de reanimação cardiorrespiratória e a utilização de uma padronização de rotinas para a intervenção em situações de risco (BOSSAERT, 1993).

As unidades de urgência são serviços existentes em hospitais de médio e grande porte, os quais recebem pacientes em situações de urgência e emergência, graves ou potencialmente graves, que necessitam de recursos tecnológicos e humanos especializados para o seu atendimento e restabelecimento (CALIL; PARANHOS, 2007).

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde, a unidade de urgência é destinada a promover serviços médicos requeridos em caráter de urgência e emergência, para prolongar a vida ou prevenir consequências críticas, e que devem ser proporcionados imediatamente (GALLOTI, 2003).

Conforme Deslandes (2002), o serviço de urgência contemporâneo contém uma especificidade que o distingue de qualquer outro serviço da área da Saúde, pois se trata de uma assistência que deve ser prestada e realizada de forma imediata, eficiente e integrada.

Estes serviços foram criados para prestar atendimento imediato à pacientes com agravo da saúde, de forma a garantir todas as formas para dar sustentação a vida e possibilidades de continuidade da assistência neste local ou em outro nível de atendimento referenciado. O panorama que se apresenta em nosso País, revela uma situação caótica de superlotação e longas filas de espera (CALIL; PARANHOS, 2007).

Deslandes (2002) refere que, historicamente, a emergência sempre constituiu “a porta de entrada” ao Sistema de Saúde. Conforme a autora, vem ocorrendo, atualmente, o aumento nas portas de entrada de alta complexidade. Reforça, também, a problemática da superlotação e acaba referindo que muitos pacientes recorrem à assistência terciária devido à relativa resolutividade, realização de exames diagnósticos e disponibilidade de medicamentos.

A superlotação é ocasionada devido à busca incessante dos usuários por esse tipo de atendimento. Esse problema é decorrente do desejo da população de um nível mais alto de resolutividade para o seu problema imediato,

pois a procura resultará, no mínimo, numa avaliação de saúde, com realização de exames diagnósticos, ainda que represente uma solução paliativa para a sua necessidade. Tal atitude ocasiona aumento na demanda de atendimento, gerando filas intermináveis, morosidade no resultado dos diagnósticos, aumentando a carga de trabalho dos profissionais de saúde e a falta de leitos, equipamentos e materiais para o atendimento das reais situações de urgência e emergência. Conseqüentemente, essa situação agrava os agentes estressores do profissional de saúde, pois, além de prestar assistência ao paciente crítico, tem que atender os pacientes que poderiam ser assistidos em ambulatórios (MENZANI, 2006).

O excesso de demanda por atendimento, que vem ocorrendo nos serviços de urgência, denuncia a ineficiência do SUS em operacionalizar a sua proposta, uma vez que ela procura retratar a dificuldade do usuário em acessar outros serviços de saúde, como o da atenção primária (RODRIGUES, 2000). Observa-se, também, que a rede de serviços de pronto-atendimento concebida para atender os casos agudos de baixa complexidade não está equipada com recursos diagnósticos e terapêuticos apropriados para a resolução de casos de maior complexidade.

A falta de legislação específica para os serviços de urgência e emergência nos primeiros anos do SUS fez com que os municípios de pequeno porte, em vez de promoverem a resolutividade dos serviços locais, optassem pelo desenvolvimento de sistemas de transporte em ambulâncias para a locomoção do usuário para um serviço de maior complexidade, amparados no instrumento legal denominado Tratamento Fora do Domicílio. Esse encaminhamento permite a realização do tratamento médico fora da microrregião do usuário (BRASIL, 1999).

E, por fim, a incipiente interligação e hierarquização entre os níveis de atenção primária, secundária e terciária contribuem para tornar as unidades de urgência dos grandes hospitais das regiões metropolitanas verdadeiras portas de entrada do sistema de saúde (SANTOS et al., 2003).

Podem ser citados, também, a sobrecarga da equipe médica e de enfermagem, o número insuficiente de médicos, o predomínio de jovens profissionais, a fadiga, a supervisão inadequada, a descontinuidade do cuidado e a falta de valorização dos profissionais envolvidos no trabalho em unidades de urgência (GALLOTI, 2003).

Rodrigues (2002) comenta que, atualmente, as equipes das unidades de urgência são formadas por profissionais que entraram recentemente na instituição. Em relação à equipe de enfermagem, geralmente são os mais novos que atuam nessa unidade. Como vantagem, tem-se uma equipe com grande capacidade de trabalho, suportando a pressão e sobrecarga, que são visivelmente maiores do que em outras unidades, levando-se em conta, ainda, que os conhecimentos podem ser considerados atualizados e recentes.

Assim, o trabalhador de uma Unidade de Urgência se depara com um setor de atendimento médico e cirúrgico disponível à população 24 horas por dia, equipes de trabalho reduzidas, grande número de usuários a ser atendido, número extra de macas pela unidade e qualidade insuficiente de instalação.

Dentro da estrutura hospitalar, em decorrência da dinâmica do serviço, a unidade de urgência pode ser considerada um dos ambientes de maior sofrimento psíquico para os trabalhadores da área da saúde, pois funciona 24 horas ininterruptas, caracterizando-se como um local de livre acesso a usuários e acompanhantes para solução dos problemas de saúde que os afligem.

Os esforços dos profissionais da saúde em atender essa demanda contínua aliados às condições de trabalho que, em sua maioria, não são ideais, repercutem diretamente na saúde dos trabalhadores, principalmente quando remetem às condições impostas pela organização.

Quanto ao processo de trabalho em urgência, a especificidade do objeto de trabalho consiste em pacientes com alto grau de complexidade, portadores de patologias clinicamente graves, com risco iminente de morte e de pacientes com leve a moderados graus que não conseguem atendimento na rede de atenção primária (PALÁCIOS, 2000).

É sobre esse paciente em estado grave de saúde que se centram todos os esforços para minorar o sofrimento e salvar vidas. No entanto, o sofrimento dos trabalhadores não deve estar somente fundamentado na gravidade dos pacientes, mas, também, ao fato de terem de lidar com situações incontrolláveis, inesperadas, imprevistas, ficando frente a frente com situações que desencadeiam sentimentos de impotência.

Cezar e Marziale (2006) pesquisaram os problemas de violência ocupacional em um serviço de Emergência Hospitalar de Londrina-PR e identificaram que estas violências eram motivadas pelas precárias condições de

atendimento ao público, devido a péssimas condições de trabalho, demora no atendimento e desigualdade social vigente no país. Constataram, também, que o enfermeiro tem sido a principal vítima de maus tratos nos locais de trabalho.

Em 2002, o Ministério da Saúde (MS) instituiu o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência através da Portaria 2.048 (BRASIL, 2002), estabelecendo princípios e diretrizes dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, normas de funcionamento, classificação e critérios para a habilitação dos serviços que compõem os Planos Estaduais de Atendimento às Urgências e Emergências. Esta mesma portaria definiu os serviços da atenção às urgências e emergências em: componente pré-hospitalar fixo, componente pré-hospitalar móvel, componente hospitalar e componente pós-hospitalar (BRASIL, 2002).

- **Componente pré-hospitalar fixo:** compreenderia as UBS e unidades de saúde da família, equipes de agentes comunitários de saúde, ambulatórios especializados, serviços de diagnóstico e terapias e Unidades Não Hospitalares de Atendimento às urgências;
- **Componente pré-hospitalar móvel:** Samu e outros serviços associados de salvamento e resgate, sob regulação médica;
- **Componente hospitalar:** portas hospitalares de atenção às urgências das unidades hospitalares gerais e de referência, leitos de retaguarda, de longa permanência e de terapia semi-intensiva e intensiva;
- **Componente pós-hospitalar:** modalidades de atenção domiciliar, hospitais-dia e projetos de reabilitação integral e com base comunitária.

O regulamento ainda instituiu a Central de Regulação Médica, o Transporte inter-hospitalar e a criação de núcleos de educação em urgência, com o objetivo de capacitar recursos humanos da área. Recomenda, também, o emprego do acolhimento como triagem classificatória de risco, e sugere a integração de várias centrais médicas de regulação de fluxos de urgências, leitos hospitalares, de marcação de exames e consultas, assim como com outras instituições como as polícias militares e a defesa civil (BRASIL, 2002).

Em 2003, o MS instituiu, através da Portaria 1.863 (BRASIL, 2003a), a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), composta pelos sistemas estaduais, regionais e municipais. Prevê, também, a instalação e operação das centrais de regulação, capacitação e educação continuada das equipes de saúde em todos os âmbitos da atenção e orientação federal, segundo os princípios de humanização da atenção (BRASIL, 2003b).

Com a Portaria 2.072 (BRASIL, 2006), foi instituído o Comitê Gestor Nacional de Atenção às Urgências, composto por representantes das diversas secretarias e departamentos do ministério, conselhos, agências reguladoras, instituições, associações médicas e outros ministérios, com papéis de elaboração, assessoramento, proposição, articulação, avaliação de diretrizes e ações relativas à PNAU.

3.3 ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

A temática da humanização configura um dos elementos que podem permitir o resgate do cuidado humanístico ao indivíduo que vivencia o estar saudável e o estar doente, acompanhado por sua família. Ao longo dos tempos, o que tem sido priorizado é o paradigma cartesiano, parcelar e especializado tanto pela formação profissional quanto à organização dos serviços de saúde; sobretudo a supremacia do poder do médico, a valorização da técnica e da destreza e a visão do ser humano como máquina como descrito anteriormente (DESLANDES, 2005).

Tendo em vista este contexto, o MS elaborou o PNHAH (BRASIL, 2001a), visando, dentre outras questões, humanizar a assistência hospitalar pública prestada aos pacientes, assim como aprimorar as relações existentes entre usuários e profissionais, entre profissionais, e entre o hospital e a comunidade, com vistas a melhorar a qualidade e a eficácia dos serviços prestados (BRASIL, 2001a). Com o intuito de unificar as políticas, em 2003, o PNHAH, juntamente com outros programas de humanização já existentes, acabou transformando-se na PNH – o Humaniza-SUS (BRASIL, 2003a) –, e passou a abranger, também, os cenários da Saúde Pública (instituições primárias de atenção) na busca por melhorar a eficácia e a qualidade dos serviços de saúde. A PNH, assim como os princípios e diretrizes do

SUS, compromete-se em possibilitar atenção integral à população e a propor estratégias que possibilitem ampliar as condições de direitos e de cidadania. Há que se considerar, ainda, que a humanização, como estratégia de qualificação da atenção e gestão do trabalho, busca transformações no âmbito da produção dos serviços, tais como: mudanças nos processos, organização, resolubilidade e qualidade e a produção de sujeitos envolvendo mobilização, crescimento, autonomia dos trabalhadores e usuários (SANTOS-FILHO, 2007).

Compreende-se que o termo humanização, mesmo considerando o texto base da PNH, apresenta uma polissemia conceitual e uma plasticidade, variando as possibilidades interpretativas desde aquilo que é tido como senso comum até as leituras de um humanismo ancorado na ética da vida (BENEVIDES; PASSOS, 2005). Em virtude disso, a PNH não define ou delimita um conceito único, apenas circunscreve um entendimento sobre o que é a humanização, ou seja:

- a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores;
- o fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos;
- o aumento do grau de co-responsabilidade na produção de saúde e de sujeitos;
- o estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão;
- a identificação das necessidades de saúde;
- a mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho, tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde;
- o compromisso com a ambiência, a melhoria das condições de trabalho e de atendimento (BRASIL, 2004b).

A PNH, portanto, precisa ser considerada uma construção coletiva que acontece a partir da identificação de potencialidades, necessidades, interesses e desejos dos sujeitos envolvidos, bem como da criação de redes interativas, participativas e solidárias entre as várias instituições que compõem o SUS. Compreende-se que, como política, “ela deve traduzir princípios e modos de operar no conjunto das relações entre profissionais e usuários, entre os diferentes profissionais e entre as diversas unidades e serviços de saúde” (MOTA; MARTINS; VÉRAS, 2006).

Dessa forma, a PNH deve ser tratada como um elemento de transversalidade para o SUS, estando presente desde a recepção e acolhimento do usuário no sistema de saúde, até o planejamento e a gestão das ações e estratégias, sejam elas de promoção, prevenção e/ou reabilitação. Sendo assim, quando se considera o cenário hospitalar, é necessário entender que a humanização precisa estar voltada não só ao paciente internado e aos seus familiares, mas, também, à própria equipe de saúde, uma vez que será pela inter-relação efetiva e afetiva existente entre eles que o cuidado poderá ser desenvolvido de maneira mais humana, ética e solidária (BRASIL, 2004b).

Segundo Mezzomo (2001), um hospital humanizado é aquele em que as estruturas física, tecnológica, humana e administrativa valorizam e respeitam a pessoa, colocando-se a serviço dela, garantindo-lhe um atendimento de elevada qualidade. É, portanto, da convergência de vários aspectos presentes nos contextos hospitalares que se conseguirá implantar e implementar a política de humanização como estratégia eficaz para um atendimento resolutivo e acolhedor ao usuário, e garantir educação permanente aos profissionais, bem como sua participação nos modelos de gestão, para alcançar melhorias na produção de cuidados de saúde.

O Acolhimento é uma das diretrizes da PNH e tem se tornado mais visível a partir do momento em que reorganiza o processo de trabalho, de forma a atender a todos os que buscam o serviço de saúde. Sendo assim, o princípio da universalidade é estabelecido com o intuito de promover a inclusão de todos os profissionais de saúde no processo de atenção, fazendo com que deixem de ser intermediadores da consulta médica. Para tanto, é necessária a criação de espaços que permitam uma escuta qualificada, conduzindo à responsabilização pelo problema do usuário e dando-lhe uma resposta adequada para seus problemas (BRASIL, 2006a; SILVEIRA, 2004; MALTA et al., 1998).

O AACR faz parte de uma das temáticas da política de humanização e surge com o propósito de organização do trabalho em saúde com vistas à recepção, acolhida e acesso dos usuários dentro do sistema de saúde. De acordo com a cartilha de AACR da PNH (BRASIL, 2004b), o MS adota o termo de acolhimento com classificação de risco em substituição ao termo triagem.

O acolhimento é uma estratégia de mudança de processo de trabalho em saúde, buscando alterar as relações entre trabalhadores e usuários e entre trabalhadores em si, com a finalidade de humanizar a atenção, estabelecer

vínculo, responsabilização das equipes com os usuários, aumentando a capacidade de escuta às demandas apresentadas, resgatando o conhecimento técnico da equipe de saúde, ampliando sua intervenção (MALTA et al., 1998).

Carvalho e Campos (2000) afirmam que o acolhimento na saúde é um arranjo tecnológico que tem como objetivo escutar todos os usuários, resolver os problemas de acordo com a competência do serviço e referenciá-la quando necessário.

Segundo Fracoli e Bertolozzi (2001), o acolhimento é um instrumento de trabalho que incorpora as relações humanas, que deve ser apropriado por todos os trabalhadores de saúde em todos os setores do atendimento. Assim, não se limita ao ato de receber, mas a uma sequência de atos e modos que compõem o processo de trabalho em saúde. Dessa forma, acolher não significa a resolução completa dos problemas referidos pelo usuário, mas a atenção dispensada na relação, envolvendo a escuta, a valorização de suas queixas, a identificação de necessidades, sejam elas de âmbito individual ou coletivo, e a sua transformação em objeto das ações de saúde.

A estratégia de acolhimento é uma ação implantada visando oferecer serviços de saúde a partir de critérios técnicos, éticos e humanísticos que deve ser realizada por todos os profissionais de saúde em todas as relações com o usuário. Receber bem, ouvir a necessidade e buscar formas de solucioná-la são etapas fundamentais para se alcançar o bom acolhimento (CAMPINAS, 2001).

A implantação do acolhimento pressupõe o deslocamento de algumas decisões que, anteriormente, eram centradas no médico para outros profissionais, como os da enfermagem, o que pode não ter uma boa percepção pelos usuários. Essa situação pode ser geradora de conflitos, devido à desvalorização dos profissionais que conduzem o acolhimento, gerando sobrecarga nas equipes de saúde, caso estas também não sejam acolhidas (SOUZA; MOREIRA, 2008; PINAFO; LIMA; BADUY, 2008).

A classificação do risco tem por objetivo: avaliar o paciente logo na sua chegada ao pronto-socorro, humanizando o atendimento; descongestionar o pronto socorro; reduzir o tempo para o atendimento médico, fazendo com que o paciente seja avaliado precocemente de acordo com a sua gravidade; determinar a área de atendimento primário; informar o tempo de espera; e retornar informações aos familiares.

Devem ser levados em conta os seguintes fatores: número de atendimentos por dia, horário de pico dos atendimentos, pessoal disponível, sistema de redirecionamento de consultas ambulatoriais ou outros serviços de atendimento, bem como área física.

Nesse contexto, a mudança no paradigma assistencial, com a implantação de um sistema de escuta ativa com acolhimento, caracteriza-se como uma atitude inovadora, já que tem, como princípios básicos, a mudança do modelo de assistência à saúde, o trabalho em equipe e a gestão participativa.

Dentro dessa ação de escuta ativa e acolhimento do usuário, o enfermeiro desempenha uma análise sistemática e metodológica do usuário, conforme as queixas referidas e os problemas levantados, desenvolvendo uma consulta de enfermagem.

A Consulta de Enfermagem, conforme Decreto 94.406/87 (BRASIL, 1987), é privativa do Enfermeiro (CONFEDERAÇÃO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 1993), e se utiliza de componentes do método científico para identificar situações de saúde/doença, prescrever e implementar medidas de enfermagem que contribuam para promoção, prevenção e recuperação da saúde e reabilitação do indivíduo, família e comunidades. Os fundamentos básicos são os princípios de universalidade, equidade, resolutividade e integralidade das ações da saúde.

É nesse contexto que o AACR justifica a atuação do enfermeiro, na ação técnico-assistencial baseada na escuta ativa da queixa do usuário do serviço. A interação supõe troca de saberes (incluindo os de pacientes e familiares), diálogo entre os profissionais, maneiras de trabalhar em equipe, produzindo construções coletivas, que considerem mudanças pelos encontros entre seus componentes.

A estratégia AACR em unidades de urgências brasileiras tem história recente de implantação. Citam-se alguns hospitais pioneiros, tais como: o Hospital Municipal Dr. Mário Gatti, em Campinas-SP, em 2001 (CAMPINAS. Prefeitura Municipal, 2004) e o Hospital Odilon Behrens em Belo Horizonte-MG, em 2005 (HOSPITAL MUNICIPAL ODILON BEHRENS, 2006).

A seguir, para subsidiar a análise desta pesquisa, estão descritos alguns fundamentos básicos da Psicodinâmica do Trabalho.

3.4 PSICODINÂMICA DO TRABALHO

As vivências de prazer e sofrimento no trabalho vêm sendo objeto de estudo desde o século XX. Em busca de novos caminhos, nos anos de 1990, e desenvolvida por Christophe Dejours, a psicodinâmica do trabalho teve seu início através dos referenciais teóricos da psicopatologia, evoluindo em função das pesquisas para uma construção própria, tornando-se autônoma, com objeto, princípios, conceitos e métodos particulares (MENDES, 2007).

Dejours aborda uma inversão no modo de estudar a inter-relação trabalho e saúde, reorganizando os paradigmas até então utilizados.

Suas bases conceituais são elaboradas a partir da análise da dinâmica inerente a determinados contextos de trabalho, caracterizada pela atuação de forças visíveis e invisíveis, objetivas e subjetivas, psíquicas, sociais, políticas e econômicas que podem ou não deteriorar esse contexto, transformando – em lugar da saúde e/ou de patologias e de adoecimento. (MENDES, 2007, p. 29)

A trajetória da Psicodinâmica do Trabalho, segundo Mendes (2007), é dividida em três fases, conforme publicações específicas:

1. Na década de 80, com a publicação de “Travail usure mentale – essai de psychopathologie du travail”.¹ Essa obra retratava o confronto do trabalhador com a organização do trabalho como sofrimento, ou seja, “aquilo que no afrontamento do homem com sua tarefa põe em risco a sua vida mental”. Nessa fase, os estudos procuravam compreender o sofrimento e o modo como os trabalhadores trabalhavam com ele (DEJOURS, 1992);
2. Em meados da década de 90, ocorre a transição da Psicopatologia para a Psicodinâmica do Trabalho, a partir da publicação do prefácio à décima edição de “Travail usure mentale – essai de psychopathologie du travail” e o lançamento de “Le facteur humain”.² Nesta fase, passa-se a privilegiar o enfoque nas vivências de prazer e de sofrimento no trabalho. Com o auxílio da

¹ Publicado no Brasil como “A loucura do trabalho: estudos de psicopatologia do trabalho” (DEJOURS, 1987).

Ergonomia, questiona-se a organização do trabalho e a lacuna entre o que é trabalho prescrito e o real. Enfoca, então, a construção da identidade do trabalhador e a dinâmica do reconhecimento;

3. A terceira fase, que tem início no final da década de 90 e mantém-se até hoje, reconhece a Psicodinâmica do Trabalho como abordagem científica. Tem como publicações os livros “Souffrance en France”³, de 1998, e “L'évaluation du travail à l'épreuve du réel: critique des fondements de l'évaluation”,⁴ de 2003. Passam a ser o foco dos estudos os processos de subjetivação dos trabalhadores com relação às vivências de prazer/sofrimento decorrentes do trabalho, bem como o uso das estratégias utilizadas e como os processos de subjetivação são construídos. Tem por estudo as patologias sociais, como a servidão voluntária no trabalho, a violência moral, a exclusão, os suicídios no local de trabalho, entre outros.

A abordagem da Psicodinâmica do Trabalho investiga a saúde no trabalho e tem por objetivo principal analisar as estratégias – individuais e coletivas – de mediação do sofrimento utilizadas pelos trabalhadores (FERREIRA; MENDES, 2003). Mendes e Cruz (2004) relatam que o trabalho como parte da identidade do trabalhador tem papel essencial na garantia da saúde.

Dejours (2004a) aponta que a Psicodinâmica do Trabalho é uma disciplina clínica, que tem relação entre trabalho e saúde mental, sua descrição, esclarecimento e apoio. Os resultados de sua pesquisa são a junção da psicanálise e a teoria social. Comenta, também, que o trabalho não se reduz à atividade de produção no mundo objetivo, sempre colocando à prova a subjetividade; é, também, uma forma de relação social.

Contribuições dos estudos de Heloani e Lancman (2004) apontam que o caráter clínico da abordagem exige mais do que uma simples observação, mas uma escuta voltada para o trabalhador e as relações subjetivas menos evidentes que precisam ser desveladas. Portanto, o trabalho deve ser entendido não

² Publicado no Brasil como “O fator humano” (DEJOURS, 1999).

³ Publicado no Brasil como “A banalização da injustiça social” (DEJOURS, 1999).

⁴ Publicado no Brasil como “Avaliação do trabalho submetida à prova do real” (DEJOURS, 2008).

somente a partir do invisível ou mensurável, mas também de suas relações. Dessa forma, a escuta, proposta pela Psicodinâmica do Trabalho, busca favorecer um espaço de reflexão, elaboração e perlaboração ao trabalhador, bem como a oportunidade de mobilização entre os sujeitos. Perlaboração é entendida como o processo pelo qual o indivíduo psicanalisado integra uma interpretação e ultrapassa as resistências que ela suscita. O trabalhador torna-se capaz de fazer a reapropriação do seu trabalho, permitindo que ele se mobilize e favoreça as mudanças para torná-lo mais saudável.

Segundo a Psicodinâmica do Trabalho, o conceito de trabalho está voltado ao conceito de organização do trabalho (DEJOURS, 2007). Essa organização do trabalho caracteriza-se a forma como as tarefas são definidas, divididas e distribuídas. A forma como são concebidas as prescrições, e também a forma como se operam a fiscalização, o controle, a ordem, a direção e a hierarquia.

Para Mendes (2007), a organização do trabalho pode ser definida como representações relativas à natureza e divisão de tarefas, normas, controles e ritmos de trabalho. Assim, a organização do trabalho se dá pela divisão do trabalho e dos homens. Divisão do trabalho significa a divisão de tarefas entre os trabalhadores, o conteúdo da tarefa e o modo operatório prescrito. Já a divisão dos homens corresponde à repartição de responsabilidades, sistema hierárquico, modalidades de comando, relações de poder e controle.

Portanto, para a Psicodinâmica do Trabalho, há uma distância entre o trabalho prescrito (objetivos, normas, regras, procedimentos técnicos, estilos de gestão, pressões e regulamentos) e o real, pois é nesse campo que se permite conhecer o que resiste ao domínio técnico e científico.

Em seus estudos, Dejours (2007) divide a carga de trabalho em dois setores: de um lado, a carga física e, do outro lado, a carga mental. Sobre esta última, propõe reservar aos elementos afetivos e relacionais um referencial específico, o da carga psíquica do trabalho.

Para Dejours (2007), não é possível quantificar uma vivência porque, antes de tudo, ela é qualitativa. O prazer, a satisfação, a frustração, a agressividade, dificilmente se deixam dominar por números. Tentando buscar entender as reações humanas na relação homem-trabalho, surgem três fatos:

- O organismo humano não é um 'motor-humano', na medida em que é permanentemente objeto de excitações, não somente exógenas, mas também endógenas.
- O trabalhador não chega a seu local de trabalho como uma máquina nova. Ele possui uma história pessoal.
- O trabalhador, enfim, em razão de sua história, dispõe de vias de descarga preferenciais que não são as mesmas para todos e que participam na formação daquilo que denominamos estrutura de personalidade. (DEJOURS, 2007)

Essas afirmações nos levam a compreender que uma mesma tarefa ou situação relacionada ao trabalho, podem afetar cada indivíduo de forma diferente, de acordo como cada um canaliza a sua energia psíquica. Isto explica o porquê de alguns trabalhadores sofrerem e se abaterem profundamente. E, por outro lado, existem aqueles que canalizam suas energias, buscando soluções. Dejours (2007) classifica-as como carga psíquica positiva ou negativa.

Quando a carga psíquica se acumula (positiva), torna-se fonte de tensão e desprazer, até que surge a fadiga. Assim, o trabalhador passa a sofrer no seu ambiente de trabalho. Do contrário, se essa carga é canalizada de forma que permita sua diminuição (negativa), ou seja, a descarga psíquica, acontece, então, o que Dejours denomina de *trabalho equilibrante*, citando como exemplo o caso do artista, do pesquisador, do cirurgião, quando estão satisfeitos com o seu trabalho (DEJOURS, 2007). O domínio dessas energias não é atribuição apenas dos indivíduos, mas, principalmente, das organizações de trabalho enquanto instituições.

Se, por um lado, existem organizações preocupadas em identificar e sanar as causas de sofrimento no trabalho, outras buscam ocultá-las através da negação do real do trabalho, conforme afirma Dejours (2007). Em geral, essa distorção está associada à negação do sofrimento no trabalho.

Atribui-se, dessa forma, as deficiências e as ocorrências dos fatos ao fator humano. A cegueira instituída nesse caso repercute dolorosamente na vivência do trabalho. O fator humano é o diferencial que busca estratégias de soluções através de seu conhecimento e experiências vividas. A distorção comunicacional surge quando há um desconhecimento do real, que, por sua vez, está ligado diretamente aos gerentes, aos que, além do domínio da ciência sobre o mundo objetivo, quer pela falta ou negação do conhecimento, passa a gerenciar pela ameaça (DEJOURS, 2007).

Para Dejours (1994), o sofrimento presente no contexto organizacional vincula-se à história singular de cada indivíduo e aos aspectos referentes à sua situação atual, possuindo, então, uma dimensão temporal que implica em processos construídos pelo próprio trabalhador no âmbito de sua atividade.

O autor distingue dois tipos específicos de sofrimento: o patogênico e o criativo. O patogênico se inicia no momento em que foram explorados todos os recursos defensivos do indivíduo. Esse tipo de sofrimento é uma espécie de resíduo não compensado, que leva a uma destruição do equilíbrio psíquico do sujeito, empurrando-o para uma lenta e brutal destruição orgânica. No momento em que a organização do trabalho se torna autoritária, ocorre um bloqueio da energia pulsional, que se acumula no aparelho psíquico do indivíduo, gerando sentimentos de tensão e desprazer intenso.

Quanto ao segundo tipo, Dejours (1994) o denomina de sofrimento criativo pelo fato de o indivíduo elaborar soluções originais que favorecem ou restituem sua saúde. O sofrimento criativo chega a adquirir um sentido, pois favorece ao indivíduo um reconhecimento de uma identidade. Nesse contexto, o indivíduo se propõe à ação criativa, que promove descobertas, fazendo com que ele experimente e transforme, de maneira criativa, prática e astuciosa, soluções inéditas frente às situações móveis e cambiantes de seu trabalho. A competência e a astúcia, promovida pela inteligência coletiva ou individual, proporcionam o surgimento de estratégias defensivas que aliviam e/ou combatem o sofrimento psíquico.

Dejours (2002) esclarece que quando o sofrimento não resulta em descompensação psicopatológica é porque o sujeito emprega defesas que permitem controlá-lo. Para Dejours e Abdoucheli (1994), as estratégias defensivas são mecanismos utilizados para negar ou minimizar a percepção da realidade que faz sofrer. Essas defesas podem ser de proteção, adaptação e exploração, caracterizada por comportamentos de isolamento psicoafetivo e profissional do grupo de trabalho, de resignação, de descrença, de renúncia à participação, de indiferença e de apatia.

Mendes (2007) explica que as defesas de proteção são modos de pensar e agir compensatórios, com vistas a racionalizar tais situações geradoras de sofrimento. Assim, evita o adoecimento, alienando-se de tais situações. Essa forma de proteção, contudo, pode se esgotar, uma vez que não atuam na organização do

trabalho e exigem para adaptação do trabalhador, um grande investimento físico e sociopsíquico que vai além do seu desejo.

As estratégias defensivas, conforme a disciplina da Psicodinâmica do Trabalho, podem ser individuais e ou coletivas. As estratégias coletivas de defesa dependem de condições externas e surgem do consenso de um grupo de trabalhadores, envolvendo as relações intersubjetivas no coletivo de trabalho. Dessa forma, essa estratégia permite o sofrimento coletivo causado pela organização do trabalho, permitindo a estabilização psíquica do trabalhador, e contribui para a construção do sentido no trabalho (DEJOURS, 1992, 1999, 2006).

Por outro lado, as estratégias individuais são utilizadas para garantir a resistência psíquica frente às pressões, em organizações nas quais predominam regras, modos operatórios, rigidez de tempo, separação entre as atividades intelectuais e de execução e divisão do coletivo (DEJOURS, 1992).

Segundo Dejours (1994), as estratégias coletivas de defesa são as mais utilizadas pelos trabalhadores, ainda que coexistam com as individuais.

A utilização destas estratégias defensivas pode ter uma função positiva, uma vez que colabora para o equilíbrio psíquico e favorece a adaptação às situações de desgaste emocional, pelo confronto permanente do profissional, no entanto, pode mascarar o sofrimento psíquico quando provoca estabilidade psíquica artificial, adquirindo, assim, uma dimensão patológica que interfere tanto no atendimento aos objetivos do trabalho quanto na vida social dos trabalhadores.

Por fim, considerando que o sofrimento se origina entre o desejo do trabalhador e a organização do trabalho, a abordagem da psicodinâmica se mostra de grande valor na investigação dos modos como os sujeitos buscam garantir sua saúde, em um contexto em que não mais detêm o controle do processo de trabalho.

Um dos sentidos do trabalho é o prazer. Este somente emerge quando o trabalhador se identifica com o trabalho, possibilitando aprender, criar, inovar e desenvolver novas formas para a execução da tarefa. Isso permite uma abertura, de um espaço para interação, socialização e transformação do próprio trabalho.

As vivências de prazer não dependem apenas do trabalhador. Dependem, segundo Mendes (2007), de três importantes ações: mobilização da inteligência prática, do espaço público da fala e da cooperação. Sendo assim,

permitem ao trabalhador o engajamento e a expansão da subjetividade, de sublimação e de ressonância simbólica.

A inteligência prática é aquela que não se prende às regras. Valoriza a percepção e a intuição do trabalhador, voltada para atender aos objetivos da produção com procedimentos mais eficazes do que os impostos pela organização. Sua mobilização permite não apenas a minimização do sofrimento, mas, também, o surgimento do prazer. É através do espaço público da fala que se valida socialmente a inteligência prática. Esse espaço é construído pelos trabalhadores, sendo um meio de comunicação, de compreensão coletiva, de auto-expressão, autenticidade e relação de equidade entre aquele que fala e aquele que escuta, quando opiniões contraditórias podem ser livremente formuladas e publicamente declaradas.

A cooperação permite o trabalho com base na confiança e na solidariedade. É a construção conjunta e coordenada para produzir idéias, serviços e produtos. Tem como característica a contribuição que cada um pode dar, sendo as relações interdependentes. Assim, ao ocorrer erros ou falhas individuais, estes serão minimizados ou contornados pelo desempenho coletivo do trabalho, que tendem a alcançar resultados superiores aos individuais.

**PERCURSO
METODOLÓGICO**

4 PERCURSO METODOLÓGICO

Esse capítulo apresenta a organização da trajetória deste estudo. São apresentados a descrição do instrumento de coleta de dados, os procedimentos utilizados durante a coleta e a forma como os dados foram analisados. Pesquisar implica um processo composto de etapas definidas pelo pesquisador de acordo com o seu objeto de estudo. Demo (2000) enfatiza:

Pesquisa é a atividade científica pela qual descobrimos a realidade. Partindo do pressuposto que a realidade não se desvenda na superfície. Não é o que aparenta ser à primeira vista [...] a pesquisa apresenta-se como uma instrumentação teórico-metodológica para construir conhecimento. (DEMO, 2000, p. 52)

4.1 TIPO DE ESTUDO

Minayo (1994) ressalta que, na realização da pesquisa, deve-se utilizar a metodologia que se ajuste à teoria à qual esteja embasada. Nesse sentido, tentando desvendar o trabalho, os sentimentos e as estratégias defensivas dos enfermeiros de uma Unidade de Urgência com AACR, optou-se pela metodologia qualitativa, por dar conta do universo de significados, aspirações, crenças, valores e atitudes. Neste estudo trabalha-se com processos que seriam mais difíceis de serem submetidos à quantificação.

4.2 LOCAL DE ESTUDO

Esse estudo foi realizado em uma Unidade de Urgência de um hospital público, universitário, de um município do interior do Paraná. Este hospital é o maior órgão suplementar de uma Universidade Estadual do interior do Estado. Está ligado academicamente ao Centro de Ciências da Saúde. Tem por objetivo desenvolver o ensino, a pesquisa e a extensão de serviços à comunidade. Foi

ativado em 1º de agosto de 1971 e é o único hospital público de grande porte no norte do Paraná. Hospital estratégico e tradicional, é centro de referência para o SUS. Atende pacientes de cerca de 250 municípios do Paraná e de mais de 100 cidades de Estados de várias regiões do País, principalmente São Paulo, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e Rondônia. É referência em atenção à saúde para os municípios da 17ª Regional de Saúde e demais Regionais de Saúde da macrorregião norte do Estado do Paraná (16ª, 18ª, 19ª, 20ª). Possui um serviço de urgência que é referência no Estado para o atendimento a pacientes de alta complexidade. Integra o Sistema Estadual de Atendimento de Urgência e Emergência como Hospital tipo III em atendimento de Urgência e Emergência. É referência, também, para gestante de alto risco e transplantes. Presta atendimento referenciado ao Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergência (SIATE), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Central de Regulação Estadual de Leitos, Central de Regulação de Londrina e Serviços de Saúde de Menor Complexidade, como as UBS e Hospitais Secundários (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA, 2007).

O cenário do local de estudo investigado será contextualizado para melhor compreensão. A Unidade de Urgência é referida na instituição como pronto socorro. Dispõe atualmente de 50 leitos. Conforme descrito no manual, encontra-se dividida nos seguintes setores: Triagem; Pronto-Socorro Atendimento; Pronto-Socorro Materno Infantil e Pronto-Socorro Internação. A seguir, faremos uma descrição resumida dos setores do local de pesquisa (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA, 2007).

Triagem: neste setor, existe uma equipe técnica administrativa que tem por função a recepção e identificação dos usuários, realização da confecção da ficha de atendimento e abertura da ficha de classificação de risco. Esta equipe faz parte do quadro de servidores da Divisão Administrativa, não sendo subordinados à Diretoria de Enfermagem. Existem, na triagem, duas salas: uma para a espera do atendimento e outra para a entrada de SIATE, SAMU e outros serviços pré-hospitalares e ambulâncias;

Pronto-Socorro Atendimento: é composto por: um consultório de classificação de risco, três salas de emergência – adulto, quatro consultórios do pronto-socorro médico, dois consultórios pronto-

socorro cirúrgico e uma sala de curativos, dois consultórios para o pronto-socorro ortopédico e uma sala de gesso, quatro leitos do pronto-socorro espera, um consultório denominado de procedimento, quatro poltronas para medicação, secretaria, distribuição de materiais médicos hospitalares, farmácia satélite, depósito de material de limpeza, sala de guarda de equipamentos, expurgo e sala de desinfecção de materiais, um posto de enfermagem, sala da supervisão de enfermagem, copa, vestiário de servidores, quatro sanitários, sendo dois masculino e o outro feminino, para o uso de pacientes e um consultório multiprofissional;

Pronto-Socorro Materno-Infantil: este setor é composto pelo pronto-socorro obstétrico (PSO) e pelo pronto-socorro pediátrico (PSP). O pronto-socorro obstétrico é composto por dois consultórios para atendimento. No repouso, há seis leitos e mais um leito para cardiotocografia. O pronto-socorro pediátrico é composto por quatro consultórios médicos, uma sala de estudos e sala de inaloterapia. A enfermaria possui treze leitos, sendo um utilizado para isolamento, uma sala de terapia de reidratação oral, que dispõe de três leitos, e uma sala de emergência infantil.

Pronto-Socorro Internação: A ala de repouso feminino dispõe de 16 leitos, sendo um destinado para isolamento. O repouso masculino dispõe de 10 leitos, também com um destinado para isolamento. Cada repouso possui um posto de enfermagem e banheiros para higienização corporal dos pacientes.

A Unidade de Urgência deste estudo foi reformada e ampliada durante sua realização. Essa reforma da unidade, iniciada em setembro de 2007, foi concluída em maio de 2009. A coleta de dados aconteceu, portanto, na unidade reformada.

A equipe de trabalhadores é composta por enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, médicos plantonistas, residentes de medicina, de enfermagem e fisioterapia, assistente administrativo (escriturário) e da higiene hospitalar. Conta, ainda, com nutricionista e assistente social, que também atendem nas demais unidades do hospital.

4.3 TRAJETÓRIA DA IMPLANTAÇÃO DO PROTOCOLO NO HOSPITAL EM ESTUDO

Em dois de julho de 2007 foi iniciada, na Unidade de Urgência do Hospital em estudo, a implantação da Cartilha do Ministério da Saúde (2004) para a realização do AACR.

No momento da implantação, a chefia de divisão do setor realizou uma reunião, na qual apresentou a nova proposta de trabalho ao grupo de enfermeiros que trabalhavam na unidade. Nesse momento foram definidos as atribuições que cada membro da equipe de enfermagem iria desempenhar. Assim, ficou estabelecido que a enfermagem realizaria o primeiro contato com os usuários, através do técnico de enfermagem. Esse profissional ficou responsável por identificar os motivos que levaram o usuário a procurar o serviço, identificando suas necessidades de atendimento no serviço. A partir desse momento, o enfermeiro assumiu o papel de avaliar o usuário e definir a prioridade de atendimento médico, de dar uma resposta e encaminhamento à solução dos problemas levantados. Não foi criada uma equipe de acolhimento específica, conforme preconizado pela Cartilha do HumanizaSUS (BRASIL, 2004a), formada por diferentes profissionais para essa nova forma de atendimento. Em relação à equipe de enfermagem, também não houve acréscimo no número de funcionários.

A princípio, ficou definido que o residente de plantão assinaria a ficha de contra-referência com o enfermeiro. Em novembro do mesmo ano, houve um movimento por parte dos residentes de medicina, que se recusavam a assinar a contra-referência, uma vez que não avaliavam diretamente os pacientes e que estes passavam por avaliação da enfermagem. A partir deste fato, os enfermeiros assumiram a contra-referência, estando até a data do término desse estudo sendo realizado desta forma.

O objetivo inicial da implantação do AACR foi o de reorganizar a assistência, utilizando o protocolo para obter a melhoria do atendimento prestado pelo hospital. Para a execução desse objetivo, foi elaborado pelos próprios enfermeiros da unidade, um instrumento para o serviço, que permitisse a classificação por gravidade ou grau de sofrimento, identificando de imediato as situações de urgência e as condições de risco imediato de perda da vida pela equipe de enfermagem. Para tanto, ficou estabelecido o processo de AACR para os

pacientes acima de 12 anos, com agravos de ordem clínica, cirúrgica e ortopédica. Foram desconsiderados os pacientes dos Pronto-Socorros Pediátrico e Obstétrico por ser o Hospital Universitário referência para essa demanda.

Definiu-se o fluxo de atendimento do usuário que procura atendimento espontaneamente na seguinte maneira:

- Abertura de ficha de atendimento do AACR pelo profissional da triagem;
- Atendimento inicial pelo técnico de enfermagem no consultório do AACR para o levantamento da história da doença atual, presença de comorbidades, medicações em uso, antecedentes pessoais e a verificação dos sinais vitais, inclusive com a aplicação da escala da dor para obter a percepção do usuário em relação ao grau de dor e sofrimento. Em pacientes diabéticos, é realizada a verificação da glicemia de polpa digital. Em todos os pacientes é verificada a saturação de oxigênio capilar. Na percepção ou na evidente situação em que o usuário apresente qualquer alteração hemodinâmica, é imediatamente encaminhado pelo técnico de enfermagem para o atendimento médico e de enfermagem imediatos. Em situações que não interfiram no fluxo de atendimento, o enfermeiro vai atuar no momento de definição da gravidade, delegando ao técnico de enfermagem, a função de acolher e levantar os dados necessários para a definição dos critérios. São comunicados tempo de espera, solicitando anuência do paciente ou familiar responsável a respeito do período de aguarda pelo atendimento. Reavaliações são realizadas nos casos em que foram detectados riscos que possa evoluir para uma gravidade maior, visto que o processo é dinâmico e não se encerra no momento em que é aberta a ficha de atendimento médico.

Para basear a classificação de risco, foi estabelecido o critério da cor para ilustrar a gravidade do usuário, ficando assim designadas:

- a) cor vermelha para os casos de atendimento médico e de enfermagem de imediato ou de emergência;
- b) cor amarela para os atendimentos urgentes, ou seja, aqueles que necessitam de intervenção o mais rápido possível;

- c) cor verde para as condições agudas ou não agudas, que podem ter período de espera de atendimento superior a 30 minutos ou então os atendimentos que podem ser contra-referenciados com garantia de atendimento em outro serviço;
- d) cor azul para as situações que não se enquadram nas anteriormente citadas, como: curativos, trocas de sondas, pedidos de exames, troca de receitas, solicitações de atestados médicos, sendo os pacientes referenciados para as UBS de origem.

A Unidade de Urgência foi reformada de forma a oferecer um espaço que proporcione um ambiente adequado para se realizar o acolhimento e avaliar a gravidade, seguindo as diretrizes da PNH no que diz respeito ao ambiente. Este consultório dispõe de equipamentos básicos necessários à avaliação de enfermagem, como: estetoscópio, esfigmomanômetro, oxímetro de pulso, glicosímetro, maca, suporte de soro, mesa e cadeira. Também com a reforma, houve um aumento da área física da unidade.

Foram elaborados três instrumentos impressos para o registro desses atendimentos. O primeiro é um relatório por turno de trabalho dos atendimentos realizados e destino do usuário. O segundo consiste em um roteiro sistematizado de anamnese para a realização da avaliação de enfermagem e a classificação de risco. O terceiro trata-se de um impresso de contra-referência para situações em que os usuários são encaminhados para o atendimento médico em outros serviços de saúde.

Os critérios estabelecidos para a classificação de risco foram: a referência da queixa atual, sinais de alerta, sinais vitais, escala da dor, Escala de Coma de Glasgow, glicemia, uso atual de medicamentos, antecedentes clínicos e cirúrgicos e ser ou não paciente em acompanhamento do Hospital Universitário. Após a avaliação, é feito um registro objetivo dos sinais observados e sintomas referidos, nome do profissional e assinatura.

Definiu-se como prioridade de atendimento os casos classificados como vermelho e amarelo. Esses pacientes logo que identificados no consultório do AACR têm sua entrada e pronta admissão na unidade. Os definidos como verde, podem aguardar atendimento na própria unidade ou ser contra-referenciado em outros hospitais secundários ou Pronto Atendimento. E os azuis, os de baixa complexidade, devem ser encaminhados à UBS de origem do usuário.

Nesse sentido, a equipe de enfermagem incorporou o processo de trabalho o AACR. Para a realização desta nova prática, porém, não houve acréscimo no número de servidores. Houve sim um remanejamento interno, dentro da escala de revezamento, visando a sempre ter um técnico de enfermagem e um enfermeiro para a execução do protocolo.

Desta forma, atuam, no AACR do hospital em estudo, um técnico de enfermagem e um enfermeiro. O enfermeiro, após avaliar e classificar o risco fundamentado no protocolo, propõe ao usuário e familiares a contra-referência para o nível de atenção mais adequado à queixa atual.

No começo do processo, havia um maior revezamento entre os técnicos de enfermagem que atuavam na classificação de risco. Atualmente, procura-se escalar os servidores que possuem maior empatia com o processo ou, em alguns casos, os que possuem restrição quanto às atividades de trabalho.

Até o dia 04 abril de 2008, o AACR funcionava apenas no turno diurno, das 7 às 19 horas. A partir desta data, o AACR foi implantado também no período noturno. A justificativa para se iniciar posteriormente no período noturno fundamentou-se no fato de que, por ser uma nova metodologia de trabalho, esta deveria estar mais consolidada no período diurno, pois a unidade disporia de um número maior de enfermeiros à disposição, para dar suporte à nova prática.

Desde sua implantação até o referido momento, foram realizadas várias capacitações no ambiente de trabalho a respeito do cotidiano do AACR, não somente aos servidores da unidade, mas para toda a comunidade do hospital. Por ser hospital-escola, um grupo de enfermeiros também ministra treinamento ao curso de graduação e residência em Enfermagem.

Atualmente, o protocolo de atendimento do AACR é totalmente informatizado, desde o momento da recepção ao usuário no setor de triagem, registro das informações colhidas na consulta de enfermagem até o momento da definição do fluxo de atendimento.

No entanto, até o momento da análise dos dados, não se encontrava concluído o protocolo institucional oficial do AACR na Unidade de Urgência do referido hospital, para identificação e descrições das funções de cada membro.

Para tanto, as atribuições de cada membro da equipe de enfermagem estão sendo realizadas conforme a proposta apresentada e discutida, pela chefia de divisão com o grupo de enfermeiros que atuava na unidade no

momento da implantação. Nessa proposta de trabalho estão descritas as atribuições do técnico de enfermagem e do enfermeiro.

Quanto ao técnico de enfermagem, é de sua competência:

- Recepcionar todo usuário que procura a instituição por demanda espontânea;
- Verificar os sinais vitais e oximetria de pulso;
- Pesquisar a queixa principal, indagando ao usuário ou ao informante responsável o principal motivo que o levou a procurar atendimento médico;
- Levantar a intensidade com que determinado sintoma é apresentado, para determinar o risco de gravidade;
- Registrar, na ficha de AACR, todas as informações levantadas de forma clara, pois se tratam de documentos pertinentes ao prontuário do usuário;
- Solicitar a presença do enfermeiro na classificação de risco, informando-lhe todas as informações obtidas para que ele possa classificar o risco de acordo com o protocolo institucional e definir o fluxo de atendimento;
- Registrar, no protocolo de atendimento diário da classificação de risco, todas as transferências feitas à Unidade de Urgência, seja via SIATE, SAMU ou outras centrais.

Ao enfermeiro responsável pelo AACR foram identificadas as seguintes competências:

- Avaliar criteriosamente todos os usuários, para definição do risco de gravidade;
- Definir o fluxo de atendimento deste usuário, seja na própria unidade de urgência ou de acordo com o protocolo institucional, contra-referenciar este paciente ao adequado nível de atenção à saúde disponível no seu município de domicílio;
- Definir, de acordo com o risco de gravidade, se o atendimento deve ser urgente, emergente ou se pode aguardar o momento

oportuno, comunicando o residente de medicina à tomada de decisão;

- Atuar em conjunto com a equipe multiprofissional, de forma a manter uma boa interação entre os profissionais, para o bom andamento do trabalho;
- Supervisionar o trabalho do técnico de enfermagem.

4.4 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Esta investigação obedeceu aos critérios estabelecidos pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1998).

Como recomendam esses critérios, o projeto foi encaminhado à Divisão de Ensino, Pesquisa e Extensão, sendo aprovado pela Diretora de Enfermagem em 14 de outubro de 2008.

Em seguida, o projeto, juntamente com o termo de Consentimento Livre e Esclarecido da Pesquisa, foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa do referido hospital, tendo parecer favorável em 3 de abril de 2008, sob o nº. 229/08. Aos participantes do estudo, após o aceite em participar da entrevista, foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de participação. O termo foi entregue em duas vias, sendo que uma ficou com o participante e a outra, com a pesquisadora.

Foram efetuados os esclarecimentos quanto ao anonimato e à liberdade em interromper a participação na pesquisa no momento em que quisessem, sem que isso lhes acarretasse danos pessoais.

Ainda foram esclarecidos, aos participantes, os objetivos do estudo e que os dados coletados serviriam para elaboração de trabalho científico. Foi informado, também, que as entrevistas seriam gravadas em fita cassete, transcritas para análise e que seriam desgravadas e descartadas em seguida.

4.5 PARTICIPANTES DA PESQUISA

No período de coleta de dados, a Unidade de Urgência contava com um quadro de treze enfermeiros, distribuídos conforme a hierarquia da instituição: um enfermeiro designado para chefia de divisão, cargo de confiança da diretoria de enfermagem; dois enfermeiros com o cargo de chefia de seção e os demais enfermeiros, assistenciais. Deste total, quatro são vinculados via contrato de trabalho, este com duração máxima de dois anos, sendo regidos pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT). Os demais possuem vínculo estatutário, alguns em período de estágio probatório.

Com exceção da chefia de divisão, todos os enfermeiros realizam revezamento quinzenal dentro da própria unidade, mesmo os que possuem a chefia de seção que tem por atribuição, a confecção da escala de revezamento e de atribuição dos turnos matutino e noturno, férias e licença coletiva. O turno noturno, fica a responsabilidade dos enfermeiros em realizá-la.

Assim, a distribuição dá-se da seguinte forma: um enfermeiro responsável pelo atendimento, chamado “Frente” e pelo AACR, conhecido como “Classificação de Risco”. Outro enfermeiro escalado para a supervisão do PSO e PSP; e outro escalado para as enfermarias feminina e masculina. No período noturno, são duas distribuições: como existe um enfermeiro que realiza cobertura no turno das 19 à 1 hora, este assume o PSP e o PSO, ou, então, o atendimento e o AACR e, após a sua saída, ocorre nova redivisão, quando o enfermeiro das enfermarias assume o PSO e o enfermeiro do atendimento assume o PSP.

Como critério de inclusão para os profissionais pesquisados nesse estudo, optou-se por eleger os enfermeiros que estivessem atuando há pelo menos três meses no AACR, sendo o período considerado como razoável para adaptação às normas e rotinas da unidade. Portanto, 11 enfermeiros foram considerados como possíveis participantes.

A opção por desenvolver o estudo somente com enfermeiros e não com toda a equipe de enfermagem justifica-se pelo fato de que o enfermeiro apresenta-se como principal articulador da assistência à saúde dentro da equipe na qual está inserido. Essa escolha foi fundamentada na Lei do Exercício Profissional da Enfermagem nº 7.498, de 25 de junho de 1986 (BRASIL, 1986), regulamentada

no decreto-lei 94.406, de 8 de junho de 1987 (BRASIL, 1987), que incumbe o enfermeiro, entre outras atividades, do planejamento, da organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de enfermagem, além de prestar assistência a pacientes graves, com risco de morte, empregando seus conhecimentos científicos.

Desse modo, é o enfermeiro que coordena e delega as atividades a serem realizadas pela equipe de técnicos e auxiliares de enfermagem, conversa e define com o médico o melhor tratamento a ser instituído ao paciente. Comunica-se com os demais membros da equipe de forma a consubstanciar um cuidado integral. Assim, o enfermeiro tem grandes possibilidades de desenvolver o AACR, porque é seu papel gerenciar questões de fluxo e especificidade de atendimento. Para isso, é necessário ter conhecimento científico e compromisso profissional.

Para constituir o perfil dos trabalhadores que participaram do estudo foi elaborado um roteiro. O roteiro pré-elaborado abordou: gênero, estado civil, idade, tempo de trabalho na enfermagem, tempo de formação profissional, tempo de trabalho em Unidade de Urgência e se possui outro vínculo empregatício no momento das entrevistas. Houve uma recusa em participar da pesquisa, sendo alegado motivo de ordem pessoal.

Os sujeitos da pesquisa compreenderam um total de 10 enfermeiros, distribuídos nos turnos diurno e noturno que se encaixaram nos critérios de inclusão e que aceitaram participar do estudo, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

4.6 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

O período de coleta de dados compreendeu os meses de julho e agosto de 2009, após a aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina.

A coleta de dados foi realizada por meio da entrevista semiestruturada, caracterizada pela flexibilidade, o que possibilita um contato mais íntimo entre entrevistador e entrevistado e a exploração em profundidade de aspectos considerados relevantes para o estudo. O seu direcionamento pode ser

ampliado, considerando sempre as necessidades do projeto, ou seja, os objetivos, os pressupostos e o objeto da pesquisa (LAVILLE; DIONNE, 1999).

Nas entrevistas qualitativas, o pesquisador não é uma pessoa distante, nem neutra, mas estabelece um relacionamento com o sujeito da pesquisa. A empatia, o humor, a sensibilidade e a sinceridade são consideradas instrumentos importantes para a condução do estudo, ou seja, também é uma interpretação pessoal do pesquisador, relativa à percepção que ele tem dos dados levantados, sendo que toda leitura constitui-se em uma interpretação e, por isso, não há leitura neutra (RUBIN; RUBIN, 2004).

A entrevista individual semiestruturada apresenta-se como um instrumento apropriado, conforme King (1995), quando se busca a descrição de um tema, quando não se pode definir o que e como os sujeitos fornecerão as informações ou a extensão da participação dos sujeitos na emissão de opiniões em relação ao tema da pesquisa. Essa técnica permite, também, abordar tanto conteúdos relacionados à dinâmica do trabalho como experiências individuais, a partir do discurso dos sujeitos. Busca estabelecer as relações internas entre a objetividade do mundo e sua própria subjetividade, tentar compreender a objetividade da subjetividade deste outro. (UCHIDA, 1998).

Mendes (1999) comenta que a comunicação deve ser vista como um processo, assim como a palavra mediadora do sentido e o discurso como um processo de elaboração no qual se confrontam motivações, desejos e investimentos do sujeito.

Para o registro do relato de sentimentos, idéias e comportamentos do profissional colaborador referentes ao tema proposto, foram realizadas entrevistas gravadas, com duração de uma hora, agendadas em data e horário oportunos a cada enfermeiro, após prévio contato.

Portanto, para a realização da entrevista, delineou-se um roteiro com questões estímulos, com o objetivo de favorecer a livre expressão dos enfermeiros. Estas questões foram fundamentadas no referencial teórico deste estudo e serviram como um roteiro para a pesquisadora explorar os temas da pesquisa. As perguntas e os tópicos abordados foram:

- 1) Fale-me como é o seu trabalho no Pronto-Socorro:** descrever as atividades realizadas no cotidiano, a fim de constatar o trabalho prescrito e o trabalho real, identificar os possíveis conflitos entre a

equipe de trabalho, usuários, o uso de materiais e equipamentos, verificar as relações de trabalho, normas, códigos e controle;

- 2) Fale-me como ficou o seu trabalho a partir da implantação do Acolhimento com Classificação de Risco:** descrever as principais modificações, as alterações que ocorreram no trabalho do enfermeiro a partir da implantação do AACR;
- 3) Que sentimentos você vivencia com o Acolhimento com Classificação de Risco:** explorar as vivências de prazer e sofrimento no trabalho, explorar sentimentos do enfermeiro com o seu trabalho;
- 4) Como você lida com os seus sentimentos:** identificar as soluções encontradas para lidar com as situações complicadas do trabalho, o modo como o enfermeiro suporta e enfrenta as dificuldades relatadas e quais as estratégias de mediação que utiliza frente às vivências de sofrimento.

Considerando que a entrevista foi realizada pela pesquisadora que também integra essa equipe de saúde, foram estabelecidos alguns cuidados para a coleta de dados. O principal cuidado foi esclarecer sobre o interesse na realização da pesquisa, da seriedade com que os dados seriam tratados, tentando transmitir confiança para que o enfermeiro, colega de trabalho, aceitasse e contribuísse para a pesquisa. Durante as falas dos enfermeiros, a pesquisadora esteve atenta às expressões dos participantes no decorrer das entrevistas

4.7 ANÁLISE DOS DADOS

Para realizar a análise das entrevistas, foi utilizada a técnica de análise de discurso proposta por Martins e Bicudo (2005). Assim, seguiram-se os momentos metodológicos definidos por esses autores, divididos em duas etapas: a análise individual, ou ideográfica, e análise geral, ou nomotética.

A análise ideográfica diz respeito à análise do discurso individual. É a análise da ideologia que permeia as descrições ingênuas do sujeito. Abrange as

leituras flutuantes, a identificação das unidades de significado e as interpretações destas unidades de significados. Os autores referem ser importante lembrar que a análise das descrições não compreende etapas rígidas a serem mecanicamente seguidas pelo pesquisador, mas representa o caminho para chegar à compreensão.

A análise geral envolve o movimento da passagem do individual para o geral e dá-se por meio da aproximação das diferentes unidades de significados interpretadas. Trata-se de uma ação reflexiva em busca da estrutura do fenômeno estudado, resultante das convergências que se mostram nos casos individuais.

Os procedimentos descritos a seguir foram feitos para cada um dos discursos:

Análise Individual ou Ideográfica: para analisar os dados obtidos, os discursos foram enumerados de 1 a 10, lidos por inteiro, atenta e criteriosamente, várias vezes. Neste momento não há a preocupação de se realizar a interpretação, apenas a realização de leituras flutuantes.. A finalidade é apreender o sentido global do discurso, tentando se despir dos pré-conceitos e das pré-concepções do próprio pesquisador, para mergulhar buscando a empatia com os participantes do estudo.

Nesta etapa, a maior dificuldade desta pesquisadora não foi realizar a empatia com os participantes, mas, por ter proximidade com a prática desenvolvida por eles, foi fazer o exercício do afastamento da familiaridade pessoal para buscar a escuta ativa de suas vivências, fazer um exercício de escutar cada experiência na sua particularidade como se elas me fossem novas e cheias de surpresas. Há a clareza de que este afastamento, em alguns momentos, foi mais fácil do que em outros, assim, o que se pode testemunhar é que se buscou esse cuidado o tempo todo, quando da realização da pesquisa, ciente de que, em alguns momentos, a minha subjetividade poderia estar se fazendo também presente.

O método preconiza a busca nas leituras posteriores dos elementos significativos que configuram o fenômeno estudado. Assim, nas descrições de cada participante, buscou-se a presença de unidades significativas relacionadas ao processo de trabalho dos enfermeiros em uma Unidade de Urgência com AACR

Unidade de significado	Interpretação
1 - O trabalho em PS é dinâmico.	O processo de trabalho no Pronto-Socorro é dinâmico.
2 - Eu priorizo particularmente o atendimento das urgências e aos pacientes graves, porque tem ficado bastante paciente grau 4, grau 3, pacientes com intercorrências	O atendimento visa a priorizar pacientes graves.
3 - ... sem falar na demanda, porque a gente não tem onde colocar todos esses pacientes...	A demanda de pacientes excede os números de leitos.

Quadro 1 – Demonstrativo das unidades de significado e sua respectiva interpretação destacadas nos discursos dos enfermeiros de uma Unidade de Urgência com AACR. Londrina-PR, 2010.

Após a obtenção das unidades de significado, procedeu-se à redução, quando as expressões cotidianas dos enfermeiros foram transformadas na linguagem da pesquisadora. Essas transformações ocorreram pela reflexão e pela variação imaginativa e são necessárias para que o pesquisador possa elucidar o que está oculto nas descrições ingênuas feitas pelos sujeitos ao se expressarem. Assim, interpretou-se cada situação atentamente, tentando reconhecer o seu sentido, descobrindo uma significação mais ampla e desprovida de ingenuidade, que contemplasse o implícito, as diferenças e as correlações existentes em cada discurso. Tentou-se penetrar no cotidiano, no processo de trabalho dos enfermeiros que foi descrito, buscando-se a unidade e a consistência das diversas experiências relatadas. Para a realização dessa etapa, contou-se, também, com a ajuda de uma aluna de graduação colaboradora, o que permitiu uma revisão da etapa realizada.

Segue a exemplificação dessa primeira etapa:

(E3) O trabalho em PS é dinâmico¹. Eu priorizo particularmente o atendimento das urgências e aos pacientes graves, porque tem ficado bastante paciente grau 4, grau 3, pacientes com intercorrências², sem falar na demanda, porque a gente não tem onde colocar todos esses pacientes³. Essas são as minhas prioridades

Dessa forma, a análise individual contemplou a identificação e interpretação de unidades de significado nas dez descrições dos enfermeiros. Em seguida, foi feita a análise geral ou nomotética.

Análise nomotética: nesta etapa, as unidades de significado interpretadas de cada discurso foram submetidas à análise geral. Para esta análise, preliminarmente, foram novamente feitas várias leituras flutuantes, visando a percebê-las como parte de um todo. Em seguida, buscou-se, nas unidades de significado interpretadas, agora visualizadas como um todo, identificar as idéias gerais nelas contidas, submetendo-as a uma reflexão para compreender as convergências e divergências encontradas nas descrições, expressando-as em uma linguagem mais concisa, aproximando as temáticas semelhantes. Seguindo-se à trajetória de análise, o último passo constituiu na construção de uma síntese, que integrou as ideias gerais desveladas, configurando uma estrutura do fenômeno estudado

Assim, as aproximações temáticas conduziram à construção de três categorias que dizem respeito à Organização do Trabalho dos Enfermeiros que atuam em uma Unidade de Urgência: i) repercussões do AACR na organização do trabalho do enfermeiro de uma unidade de urgência; ii) sentimentos vivenciados pelos enfermeiros de uma unidade de urgência com AACR e iii) estratégias defensivas utilizadas por enfermeiros de uma unidade de urgência com AACR.

A figura n 1 demonstra a convergências das unidades de significado de cada participante da pesquisa na construção das cinco categorias.

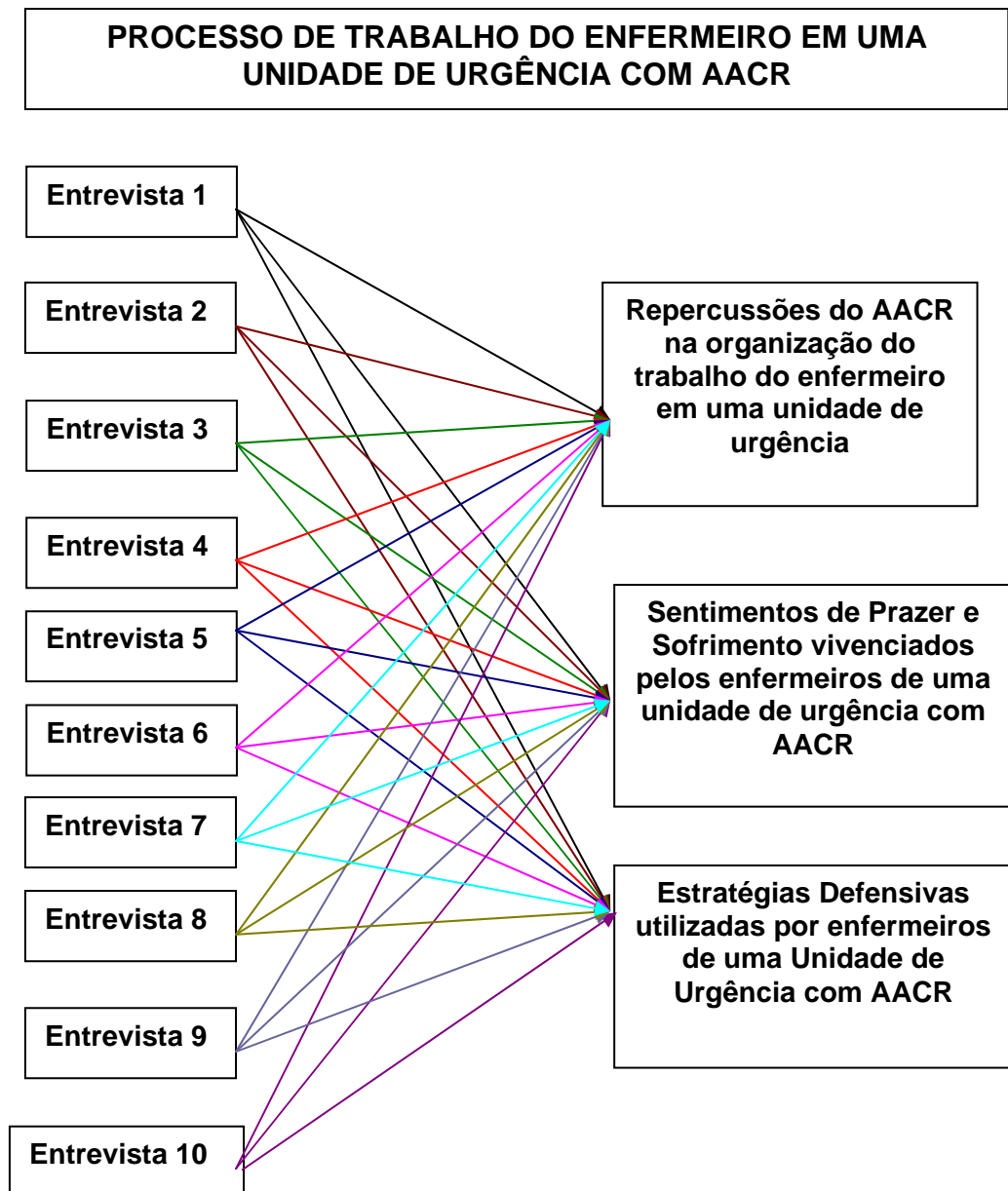


Figura 1 – Demonstração da convergência das respostas para a construção das categorias. Londrina-PR, 2010.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo estão descritos os resultados obtidos das entrevistas com os enfermeiros e tem por finalidade revelar as percepções deste grupo acerca do tema abordado. É apresentada a caracterização dos participantes do estudo e as categorias analíticas que configuraram o fenômeno estruturado .

A construção das categorias analíticas e seus respectivos temas foi realizada a partir da análise das unidades de significado das entrevistas transcritas. Assim, este estudo apresenta o que para esse grupo de enfermeiros representa a vivência do AACR em sua prática cotidiana. O quadro 2 é um ilustrativo da construção das categorias com os temas correspondentes.

CATEGORIAS	TEMAS
Repercussões do AACR na organização do trabalho do enfermeiro de uma unidade de urgência	<ul style="list-style-type: none"> – Características do ambiente de trabalho – Prática Cotidiana do enfermeiro: gestão de pessoas, recursos materiais e da assistência – Repercussões no Trabalho do Enfermeiro – Repercussões no atendimento do usuário
Sentimentos de prazer e sofrimento vivenciados pelos enfermeiros de uma unidade de urgência com AACR	– Sentimentos de prazer e de sofrimento
Estratégias Defensivas utilizadas pelos enfermeiros de uma unidade de urgência com AACR	– Estratégias Individuais e Coletivas

Quadro 2 – Demonstrativo das categorias e seus respectivos temas identificados a partir da fala dos enfermeiros de uma Unidade de Urgência com AACR. Londrina-PR, 2010.

A primeira categoria aborda as características do ambiente de trabalho de uma unidade de urgência, a prática cotidiana do enfermeiro nesta unidade, o processo de AACR e suas consequências na organização do trabalho. A segunda categoria analítica apresenta os sentimentos de prazer e sofrimento

vivenciados pelos enfermeiros. A terceira categoria abrange as estratégias defensivas utilizadas pelos enfermeiros.

A seguir serão apresentados a caracterização dos participantes da pesquisa, os resultados bem como as discussões pertinentes à cada categoria analítica.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Apresenta-se a seguir, o perfil dos enfermeiros que participaram do estudo. Esses dados referem-se a gênero, faixa etária, escolaridade, tempo de formação profissional, turno de trabalho, tempo de trabalho na instituição e na unidade de urgência e se possui ou não outro vínculo empregatício.

A amostra constitui-se de dez enfermeiros, sendo sete do sexo feminino. Pode-se observar que a mulher, enquanto enfermeira, representa a principal provedora de cuidados no ambiente hospitalar (COSTA; LIMA; ALMEIDA, 2003). A arte do cuidado tem sido, historicamente, uma tarefa delegada às mulheres. Estudo realizado por Martins (2008) na mesma instituição aponta dados similares.

Em relação à faixa etária dos enfermeiros entrevistados, verificou-se que sete dos enfermeiros apresentam idade entre 26 e 39 anos, dois entre 40 e 50 anos e 1 com mais de 51 anos. Podemos inferir o predomínio de profissionais na faixa até 40 anos.

No tocante à escolaridade dos enfermeiros entrevistados, destaca-se que todos possuem curso de pós-graduação em nível *Latu Sensu*, dois estão cursando a segunda especialização, dois possuem *Stricto Sensu* em nível de mestrado e dois são mestrandos, com previsão de conclusão em 2010, o que revela preocupação em se manter atualizado. A capacitação profissional ser mais bem reconhecida e valorizada através de plano de cargos, carreira e salário, bem como a pós-graduação ser um dos requisitos para ser admitido como funcionário, com vínculo estatutário da Universidade, são outros fatores que colaboram para essa formação acadêmica. Sete dos enfermeiros entrevistados para este estudo fizeram a graduação em Enfermagem na própria Universidade mantenedora do Hospital onde trabalham.

O tempo de trabalho na Unidade de Urgência variou de três meses a mais de dez anos, sendo que dois enfermeiros estavam na unidade há pelo menos três meses; seis, há três anos; e dois, há mais de dez anos. Os resultados evidenciaram que os participantes da pesquisa possuem, em sua maioria, uma experiência profissional significativa em unidade de urgência. Beck (2001), em seu estudo, revela que essa experiência pode favorecer a acomodação do profissional em relação àquilo que vê, percebe, escuta e, principalmente, sente sobre o seu processo de trabalho. Refere o autor, ainda, que, por outro lado, há de se considerar que a experiência desses profissionais em uma área crítica pode ser um facilitador para uma melhor assistência de enfermagem e, conseqüentemente, uma maior aproximação com as vivências cotidianas.

Em relação à condição de duplo emprego, quatro referiram ter outro vínculo empregatício, sendo todos relacionados com a área de enfermagem. Esse fator pode representar maior cansaço físico e psicológico, alterações no ritmo biológico, pois, geralmente, quando saem de uma instituição, eles têm que assumir em outra. Destes, a maioria concilia outro serviço com a jornada de seis horas diurnas, perfazendo o total de 12 horas diárias. Outro fator apontado é que conciliam o cuidado doméstico com as atividades laborais.

Observou-se que o motivo que leva os enfermeiros a desempenharem suas funções em duas unidades de saúde está vinculado à precariedade dos salários. Isso tem por consequência a privação de lazer e do convívio familiar. Essa situação ainda pode ser percebida nos dias de hoje e é significativa entre os trabalhadores da enfermagem.

5.2 CATEGORIAS ANALÍTICAS

5.2.1 Categoria Analítica I – Repercussões do AACR na Organização do Trabalho do Enfermeiro em uma Unidade de Urgência

Esta categoria buscou atender aos objetivos do estudo: compreender a organização do trabalho de uma unidade de urgência após a implantação do AACR e suas repercussões sobre a prática do enfermeiro. Pretendeu-se buscar, nos depoimentos destes enfermeiros, de que forma essas percepções foram vivenciadas.

Os temas referentes à esta categoria foram:

- Características do ambiente de trabalho
- Prática Cotidiana do enfermeiro: gestão de pessoas, recursos materiais e da assistência
- Repercussões no Trabalho do Enfermeiro
- Repercussões no atendimento do usuário

– **Características do ambiente de trabalho**

Em relação ao conhecimento da organização do trabalho em uma unidade de urgência foram observados, através dos discursos: as características do ambiente de trabalho e a prática cotidiana.

Quanto ao ambiente de trabalho em uma unidade de urgência, revelou-se, nas falas dos enfermeiros, como: diferenciado, imprevisto, alta complexidade, dinâmico, superlotado, árduo, agitado, exaustivo, emocionante e como fonte de aprendizado. Resumindo, caracteriza-se como um “mini-hospital”, com pacientes graves e em diferentes ciclos de vida.

Quanto à sua prática cotidiana, os enfermeiros descreveram atividades que possibilitaram o agrupamento nos seguintes tópicos: gestão de pessoas, gestão de materiais e equipamentos e gestão da assistência.

Na análise dos discursos, encontrou-se a caracterização do que é próprio das condições de uma unidade de urgência brasileira: sobrecarga de trabalho, ambiente de trabalho, condições de trabalho, bem como a presença de

familiares durante o período de observação, ou seja, a realidade de trabalho do referido estudo baseado na literatura consultada parece apresentar a mesma dinâmica (SOUZA; SILVA; NORI, 2007; GALLOTI, 2003; MARTINO, 2004, LOVALHO, 2004).

Sobre as repercussões que o AACR trouxe à organização do trabalho, verificaram-se as relacionadas ao trabalho do enfermeiro e à assistência ao usuário.

Quanto ao trabalho do enfermeiro foram apontados: a organização do atendimento na sala de espera, o direcionamento do atendimento pelos sinais e sintomas, a avaliação direta do paciente, a priorização dos casos mais graves, a diminuição do tempo de atendimento para esses casos, a melhora no atendimento ao cliente, o fato de possibilitar o primeiro contato com o profissional de saúde na sala de espera, de conhecer a fila de espera, de evitar agravamentos de casos na sala de espera, de diminuir a fila de espera, de caracterizar a demanda como terciária e definir o fluxo e a ordem de atendimento.

Quanto ao ambiente de trabalho da Urgência, os enfermeiros participantes da pesquisa revelaram que a unidade de urgência tem como característica o atendimento diferenciado, pois aborda as variadas situações de emergências clínicas, cirúrgicas, ortopédicas, bem como a área materno-infantil, ou seja, um local onde há uma multiplicidade de saberes que envolvem o atendimento dos usuários, prestados nos diferentes ciclos de vida, nas diversas complexidades e nas diferentes clínicas médicas.

(E10) A gente recebe pacientes de todos os tipos, todas as idades, desde urgência e emergência até emergência de crianças, gestantes; tem também a parte das enfermarias onde ficam os pacientes internados aguardando vaga no setor.

Embora o protocolo de atendimento do AACR seja direcionado aos usuários com idade acima de 12 anos, os enfermeiros na divisão do trabalho atuam em diferentes setores do ambiente da unidade de urgência, citando, desta forma, em sua prática também o atendimento às crianças e às gestantes.

Referem, também, que o trabalho na unidade de urgência é diferenciado por exigir dos profissionais que ali atuam maior habilidade, agilidade e competência para atender às necessidades identificadas. Trata-se de um ambiente de trabalho no qual o tempo é limitado, as atividades são inúmeras e a situação

clínica do usuário exige que o profissional faça de tudo para afastá-lo do risco de morte iminente (OLIVEIRA et al., 2004).

Outra característica apontada pelos entrevistados faz dessa unidade um ambiente imprevisível, ou seja, um local onde tudo pode ocorrer a qualquer momento, de forma inesperada, pelo atendimento tanto a pacientes que dão entrada com trauma ou alguma instabilidade quanto a doentes que estão internados e que podem evoluir para alguma intercorrência clínica ou cirúrgica.

(E1) Não só o enfermeiro, mas a equipe de enfermagem tem que estar pronta para receber os pacientes graves, seja acidentado, porque isso pode acontecer a qualquer momento.

(E4) Mas é um trabalho que a gente faz com muita criatividade, porque às vezes, nós temos que atender uma parada na sala de gesso ou no consultório ou na sala de curativo

Também referiram que a unidade de urgência tem por característica a alta complexidade, devido à permanência constante de doentes em estado crítico e com risco de perder a vida. Esses pacientes gravemente enfermos, muitas vezes se encontram em assistência ventilatória, em uso de drogas vasoativas, com antibioticoterapia de largo espectro e com grau de dependência elevado. A falta de leitos em unidades de terapia intensiva faz com que esses usuários permaneçam um tempo maior na unidade, tendo as possibilidades de desfechos em alta ou óbito neste local.

(E3) Além de todo o atendimento inicial que a gente presta aos pacientes, ainda tem que cuidar de paciente entubado, no respirador, em estado grave.

Os enfermeiros também apontaram o atendimento aos pacientes em estado grave e com diferentes níveis de complexidade, portadores de patologias graves e com risco de morte. Sobre esse paciente se centram todos os esforços para minorar o sofrimento e salvar vidas.

No entanto, o sofrimento dos trabalhadores não deve estar fundamentado na gravidade dos pacientes, mas no fato de terem que lidar com situações incontroláveis, inesperadas, imprevistas, ficando frente a frente com situações que se sentem impotentes (DESLANDES, 2002).

É possível constatar que, para o atendimento a este paciente em estado grave, os enfermeiros utilizam todo o conhecimento técnico necessário para prestar assistência em situações que requerem o restabelecimento da vida:

(E2) É preciso um conhecimento pouco maior, porque não é como unidade de internação que você foca, como patologias femininas, patologias masculinas, ou unidade específica para obstetrícia, uma só para criança, só para cirurgias. Ali não. Na verdade, você vê várias patologias.

Por ser a porta de entrada do serviço, a importância de um profissional bem capacitado para atuar nessa unidade é premente, pois tanto o prognóstico como o tratamento do paciente dependem do atendimento de urgência e emergência.

Gomes (1994) comenta que as unidades de emergência são locais apropriados para o atendimento de pacientes com afecções agudas específicas, onde existe um trabalho de equipe especializado. Isto pode ser constatado na fala a seguir:

(E9) É uma unidade de terapia intensiva, às vezes a gente fica com uma média de dez internados. Quando tem menos, três ou quatro, mas sempre tem. É uma unidade de urgência e emergência onde você atende pacientes de traumas, infartos, AVC.

O ambiente de unidade de urgência conforme relatado pelos enfermeiros é um local dinâmico que exige conhecimento generalizado e tomada de decisões rápidas.

(E7) A gente não escolhe que paciente que a gente vai tá tratando. Tem tanto criança quanto adulto, tem gestante, tem que ser generalista, não dá para focar uma especialidade só, como centro cirúrgico.

O trabalho em urgência apresenta algumas características específicas, exigindo, do profissional, agilidade e competência para atender as necessidades identificadas.

Outra característica que também se constitui em um problema enfrentado pelos profissionais que atuam nessa área e relatada nas entrevistas é a superlotação. A falta de vagas em unidades de internação e em unidades de terapia

intensiva faz com que os pacientes da unidade de urgência não consigam ter um fluxo de encaminhamento dentro da própria instituição, permanecendo na unidade. Assim, muitos pacientes que já possuem clínica definida ficam aprisionando leitos, gerando problemas como a superlotação.

Esse problema decorre, também, do desejo da população de um nível de resolutividade mais rápido para o seu problema imediato. Tal atitude ocasiona aumento na demanda de atendimento, gerando filas intermináveis, morosidade no resultado dos diagnósticos, aumentando a carga de trabalho dos profissionais de saúde, falta de leitos, equipamentos e materiais para o atendimento das reais situações de urgência e emergência.

Consequentemente, essa situação agrava os agentes estressores do profissional de saúde, pois, além de prestar assistência ao paciente crítico, ele tem de atender a pacientes que poderiam ser assistidos em nível ambulatorial (MENZANI, 2006).

As unidades de urgência têm realizado um número expressivo de atendimentos, ocasionando uma permanente situação de superlotação e inversão de demanda. Este problema parece ser vivenciado pela maioria das unidades de urgência pública do Brasil e tem interferido consideravelmente na organização do processo de trabalho (STEIN, 1998; LUDWIG, 2000; MAGNAGO, 2002).

Em estudos realizados em unidade de urgência e emergência, constatou-se que 74% dos atendimentos são caracterizados como não urgência ou não emergência (FURTADO; ARAÚJO JUNIOR, CAVALCANTI, 2004). Apontam, também, que as unidades de urgência são utilizadas como válvula de escape dos serviços de saúde, prejudicando o atendimento dos casos considerados adequados, uma vez que o excesso de demanda acarreta acúmulo de tarefas, com conseqüente sobrecarga de trabalho para todos os profissionais, bem como para o aumento dos custos hospitalares.

Almeida e Pires (2007) confirmam isso quando dizem que a maioria dos atendimentos nas emergências é de quadros clínicos mais simples, que poderiam ser resolvidos nas unidades Básicas de Saúde. Tal situação fica evidente na fala a seguir:

(E10) A gente sabe que tem muito caso que dá para ser resolvido na UBS.

Nos discursos, foi evidenciado que é frequente a população utilizar a porta de urgência para resolver seus problemas de saúde ou para complementar os atendimentos das UBS ou das Unidades Especializadas. É frequente também, de acordo com o discurso dos entrevistados, que a utilização indevida, nos casos eletivos, descaracteriza a missão de atendimento de urgência.

Esse sentimento de desperdício da vocação do serviço, que seria a de tratar somente a urgência e de subutilização do alto e específico preparo técnico dos trabalhadores também faz parte do discurso de profissionais de outros serviços de emergência, quando dizem que as demandas não urgentes trazem sobrecarga ao trabalho já estressante (DESLANDES, 2002).

Outro fator a ser discutido é que a superlotação interfere diretamente nas necessidades humanas básicas, tais como: sono, repouso, alimentação e higiene corporal, uma vez que os pacientes ficam internados em macas e cadeiras, aguardando uma vaga na enfermaria da unidade ou a transferência para a unidade de internação, devido à proximidade dos leitos e às constantes abordagens feitas e presenciadas por todos que ali se encontram (ROSA, 2001).

(E1) ... só que às vezes ele tem que aguardar lá fora ou em um local inapropriado, numa maca ou poltrona, porque não tem vaga.

O trabalho em unidade de urgência, segundo os enfermeiros entrevistados, é também considerado como árduo, pois atende a todos os usuários de forma ininterrupta, seja a demanda espontânea, os casos referenciados pelo SAMU ou pela Central de Regulação e os casos não comunicados. Aliados a esses fatores, destaca-se o grande deslocamento dentro da unidade, levantamento de peso, transporte e mobilização de pacientes no leito e fora do leito.

O trabalhador de uma unidade de urgência depara-se com um setor de atendimento, médico e cirúrgico, disponível à população nas 24 horas diárias, vivenciando situações em que devem assumir uma postura de alerta, em razão de características próprias da dinâmica do trabalho (BATISTA; BIANCHI, 2006).

Os participantes do estudo também apontaram que a unidade de urgência, pelas características do próprio serviço, é um ambiente agitado, sendo necessário haver uma sistematização do trabalho em equipe, objetivando o tratamento do paciente.

Foi, também, considerado pelos enfermeiros como um ambiente exaustivo, devido à assistência aos pacientes que chegam ou se tornam gravemente enfermos e ao atendimento de pacientes menos complexos, como já citado anteriormente.

Também foi caracterizado como de alto nível de estresse para os trabalhadores. Esse estresse pode estar relacionado com a superlotação, a alta demanda, a falta de vagas, os conflitos decorrentes da relação interpessoal, entre outros fatores. Realidade similar encontrada em outros estudos levantados na literatura (BATISTA; BIANCHI, 2006; TACSI; VENDRUSCOLO, 2004).

O enfermeiro, em seu cotidiano de trabalho, vivencia situações inesperadas, fica em estado de alerta constante, tem ritmo acelerado de trabalho, tem que tomar decisões rápidas; estas situações propiciam, também, a vivência de emoções variadas a todo o momento. Isto caracteriza a unidade de urgência como um setor emocionante.

(E7) ... e a adrenalina da hora do atendimento é muito bom.

A dinâmica acelerada no trabalho da emergência e urgência bem como a variedade de contato com uma diversidade de casos que, em sua maioria, necessitam de atendimento especializado é também responsável pelo sentimento de fascínio.

Deslandes (2002) relaciona a supremacia do trabalho na emergência a um sentimento de poder diante da morte, o que proporciona ao profissional a identificação com a vocação literal no trabalho em emergência, a de salvar vidas.

Os entrevistados apontaram, em seus discursos, que toda essa problemática do atendimento de urgência e emergência é reconhecida, também, como fonte de aprendizado, devido à variedade e complexidade dos casos atendidos. Referiram que, ao experimentar a nova forma de atendimento, vivenciaram maior crescimento profissional:

(E3) O acolhimento possibilitou uma nova experiência profissional.

Esta primeira categoria, além das características do ambiente de trabalho de uma unidade de urgência, revela também aspectos da prática cotidiana

do enfermeiro, caracterizada pela gestão de pessoas, de materiais e equipamento e da gestão da assistência.

Observa-se que o ambiente de urgência e emergência, pelas características próprias da unidade, é um setor complexo, que requer do enfermeiro um conhecimento detalhado das diversas situações de saúde, exigindo dele controle sobre as particularidades da assistência. Cita-se o raciocínio rápido, a destreza manual e a resolutividade dos problemas que se apresentam, tendo em vista o grande número de procedimentos que são desenvolvidos, o estado de saúde do paciente e a delimitação do tempo (ALMEIDA; PIRES, 2007).

A capacitação profissional desses enfermeiros tem a finalidade de aprimorar a bagagem técnica e aumentar a autoconfiança (FISHER; AZEVEDO; FERNANDES, 2006). Objetiva-se, também, a construção de novas práticas em saúde, tendo em vista os desafios da integralidade e da humanização do atendimento.

Os enfermeiros referiram, também, que a reforma e a construção de uma nova área física trouxe reflexos favoráveis à execução do trabalho, porém esse aumento proporcionou uma maior permanência tanto em número quanto em complexidade de pacientes na unidade.

Diante do exposto, verifica-se que o hospital em estudo tem por característica o atendimento ininterrupto, de acesso irrestrito e referenciado para o atendimento de pacientes com elevados níveis de complexidade.

– Prática Cotidiana do enfermeiro: gestão de pessoas, recursos materiais e da assistência

No cotidiano de prática em saúde, o enfermeiro desenvolve quatro atividades essenciais: cuidado, gerência, educação e pesquisa. Essas atividades são desenvolvidas de forma integrada e concomitante.

Greco (2004) destaca que, na prática, os enfermeiros desempenham a função gerencial. As gerências de unidade e do cuidado estão diretamente associadas, uma vez que o enfermeiro, ao gerenciar recursos em geral, deve estar voltado para o processo assistencial e não deve se distanciar da qualidade da assistência.

A gerência representa a atividade profissional do enfermeiro destinada à organização do processo de trabalho da enfermagem. A competência gerencial administrativa do enfermeiro consiste na otimização de recursos e fornecimento de condições de trabalho à equipe multiprofissional, de forma que os objetivos institucionais sejam alcançados. Dessa forma, todos os enfermeiros têm funções gerenciais em seu cotidiano de trabalho.

Assim, o ambiente de trabalho da unidade de urgência é bastante dinâmico e complexo porque, além de desempenhar a gerência da assistência, que por si só já tem uma alta demanda, o enfermeiro tem de gerenciar os recursos materiais, no que diz respeito sua previsão e provisão, aliada à gestão de pessoas. A gestão da assistência envolve o atendimento dos usuários que estão em tratamento e aqueles que estão sendo admitidos na unidade. Na gestão de materiais, o enfermeiro deve estar atento à previsão e à provisão de materiais e, em relação à gestão de pessoas, às escalas de atividades, escalas de revezamento, à programação de férias e recessos, além de se adequar diariamente à escala, devido ao absenteísmo imprevisto.

Segundo Tancredi et al. (1999), gerenciar é a função administrativa da mais alta importância. Representa o processo de tomar decisões que afetem a estrutura, os processos de produção e o produto de um sistema. Implica coordenar os esforços das várias partes desse sistema, controlar os processos e o rendimento das partes e avaliar os produtos finais e os resultados. Numa organização, o gerente se responsabiliza pelo uso efetivo e eficiente dos insumos, de forma a traduzi-los em produtos (serviços, por exemplo) que levam a organização a atingir os resultados que se esperam dela.

Quanto à atividade de gestão de pessoas, os enfermeiros participantes da pesquisa referiram que é de competência do enfermeiro a elaboração da escala mensal de revezamento, a escala diária de atribuições, a previsão de férias, aliada à supervisão da equipe de enfermagem.

(E2) Tem também a parte de Recursos Humanos. A escala normal e a escala de atividades, divisão de atribuições. A gente muda a escala conforme a necessidade do setor. Previsão de material, o enfermeiro se envolve nisso também. Questão de compra de material, qualificação de material, toda semana tem produto para teste. Cuidado com Recursos materiais, cuidado de recursos humanos. O controle de equipamentos que é uma área bem pesada e a gente

manipula muito equipamento no PS. Por isso tem que ter um controle rigoroso dos equipamentos. Um controle de manutenção. Treinamento de equipamentos novos, de funcionários. São várias funções.

Os enfermeiros revelaram que, por se tratar de uma instituição de ensino superior, cabe ao enfermeiro realizar orientação especificamente aos internos e residentes de enfermagem, e também aos acadêmicos de outros cursos, como medicina, farmácia e fisioterapia.

(E4) ... a gente orienta interno e residente da enfermagem

E, por fim, realizam treinamentos da equipe referentes ao uso de materiais e equipamentos e, também, à rotina de trabalho.

Na gestão de materiais e equipamentos, solicitam conserto dos equipamentos, quando ocorrem falhas técnico-operacionais. Fazem a supervisão da previsão e provisão de materiais, participam de processos licitativos na emissão de pareceres técnico de materiais e equipamentos que ficaram na unidade para teste e também controlam os equipamentos, principalmente os de alto custo e tecnologia, como ventiladores e monitores multiparamêtros.

Na hierarquia do trabalho de enfermagem na unidade de urgência, o ápice é ocupado pelo chefe de divisão de enfermagem, que responde pelas decisões de maior responsabilidade, como elaboração de projetos, aquisição de equipamentos, escala dos enfermeiros, planejamento das ações, atuando, ainda, como um elo com a Diretoria de Enfermagem. Em nível hierárquico decrescente, encontramos o chefe de seção, que responde pelos problemas internos da unidade, como organização e dimensionamento do quadro de pessoal, gestão de recursos humanos, solicitação de reparos e qualquer tipo relacionado à assistência prestada a algum usuário que esteja sob os cuidados da unidade. E os enfermeiros assistenciais, que atuam diretamente com os auxiliares e técnicos de enfermagem. Assim, os enfermeiros são os detentores do saber e controladores do processo de trabalho da enfermagem, enquanto os auxiliares e os técnicos de enfermagem são os executores da tarefa.

Percebe-se que existe, na equipe de enfermagem, uma divisão técnica e social do trabalho. Fica visível que os auxiliares e técnicos de enfermagem dividem entre si os cuidados, ficando a gerência e a supervisão a cargo do

enfermeiro. Dessa forma, a divisão proporciona uma organização do trabalho baseado em tarefas.

Os enfermeiros, nesse contexto, são responsáveis pelo gerenciamento do trabalho e pela garantia da assistência prestada pela equipe de enfermagem, seja em momentos de supervisão de tarefas, como banho, higiene oral, mudança de decúbitos, curativos, entre outros. Vê-se, também, parte do seu tempo em telefone, passando plantão assistencial no momento de transferência de pacientes, preenchendo impressos, requisições e elaborando escalas. Como gerente local do trabalho, fornecem informações sobre a localização e a transferências de pacientes e do fornecimento de algum equipamento que fique guardado na supervisão de enfermagem, por ser de alto custo. Portanto, é um trabalho imprescindível e indiscutível.

(E4) Mas o foco principal é o paciente. Porque se o paciente estiver consciente, recebendo a dieta adequada; se o exame do paciente vai ser realizado; se a medicação está sendo feita; se o paciente está com dor, se tem sido feito a medicação para a dor; se o paciente está tendo uma boa evolução...; se tem conforto, o paciente está tomando banho, o asseio, se está passando frio.

Os participantes da pesquisa também revelaram a vivência de conflitos. A organização do trabalho em unidade de urgência necessita de uma atuação com boa articulação com a equipe de trabalho e com os familiares, que, muitas das vezes, tem as relações permeadas por conflitos decorrentes da falta de vagas, superlotação, ritmo acelerado de trabalho aliado à carga do trabalho.

(E1) Às vezes você tem que administrar um conflito entre os funcionários, saber lidar com a equipe médica, saber lidar com a equipe multidisciplinar, os serviço social e outras áreas, acompanhantes.

O conflito pode ser um problema grave em uma organização, podendo gerar situações caóticas que impossibilitem o trabalho em equipe (ROBBINS, 2002).

Os entrevistados referem que, em seu cotidiano de trabalho, têm continuamente de tomar decisões relativas à administração da assistência de enfermagem prestada aos usuários da unidade de atuação. Na unidade de urgência, devido à admissão de doentes com urgências e emergências e com risco de vida

imediatos, então, são necessárias atitudes rápidas para intervenções adequadas e determinantes.

(E5) ... procurar atender o que é mais urgência pelo menos atender as situações quando elas chegam, de procurar atender e resolver.

Os profissionais da emergência vêem-se obrigados a tomar decisões urgentes em situações em que os usuários correm riscos de vida e/ou familiares se encontram em crises emocionais (GOMES, 1994).

(E6) Você vem aqui, não tem como ficar parado.

Passos (2006) identifica a gerência como instrumento do processo de trabalho na organização de serviços de saúde que determina a tomada de decisões. Essas tomadas de decisões afetam a estrutura, o processo de produção e o produto de um sistema, visando ações que possibilitem intervenções impactantes no processo de trabalho em saúde. Ou seja, viabilizar meios para prestação da assistência à clientela com eficiência, eficácia e efetividade, a fim de possibilitar a satisfação das necessidades de saúde da população.

Nesta categoria foram identificadas, também, as repercussões que o AACR trouxe para a organização do trabalho de uma unidade de urgência revelando aspectos relacionados ao trabalho do enfermeiro e à assistência ao usuário. Alguns enfermeiros, quando descreveram essas repercussões, preocuparam-se em descrever/definir a prática do AACR. Assim, a seguir, passamos a explicitar essas percepções.

– Repercussões no Trabalho do Enfermeiro

Para este grupo de enfermeiros, houve modificações em seu processo de trabalho com a implantação do AACR. As mudanças citadas foram: o acúmulo de funções e o aumento da complexidade dos pacientes assistidos na unidade. Também expressaram a idéia de que o AACR é algo primordial para a organização das unidades de urgência.

(E6) Então hoje realmente entra aquele paciente que necessita de avaliação, de atendimento. Então, melhorou na questão de atendimento do paciente.

O AACR constitui-se como um marco no trabalho dos enfermeiros desta unidade, visto como uma evolução no modo de trabalhar.

(E6) A classificação de risco foi um processo novo no nosso trabalho. É, foi uma mudança muito grande de paradigma.

Evidencia-se o fato de que, para os entrevistados, o AACR demanda tempo, dedicação e atenção maior para uma adequada avaliação do usuário.

(E2) por que a classificação demanda tempo.

Outro fator apontado pelos enfermeiros é que a prática do AACR possibilita caracterizar a demanda como terciária.

(E4) Uma outra mudança que a gente percebe é o atendimento dos pacientes graves. Então, pensando nas orientações do Ministério da Saúde nós fazemos nossos atendimentos mais direcionados para o terciário.

Desta forma, o AACR pressupõe agilidade no atendimento, com base em uma análise através de um protocolo estabelecido, do grau de necessidade, focando o atendimento na complexidade e não na ordem de chegada. É um processo dinâmico, pois visa à rápida identificação dos usuários que necessitam de tratamento imediato, sendo, também, um importante instrumento para a organização do trabalho para atendimento às urgências e emergências (BRASIL, 2006).

Outra mudança ocorrida no processo de trabalho destacada pelos enfermeiros é com relação às exigências do como operar o AACR. As percepções relatadas pelos enfermeiros englobam: avaliação direta do paciente e priorização dos casos mais graves. A responsabilidade sobre a nova prática traz, também, novas exigências.

(E1) Esse processo é bom por isso. Porque você atende pelo risco. Pelo risco de piorar. Risco de até mesmo morrer, ficar sequelado, de piorar o quadro de saúde. Então sempre você vai priorizar isso aí.

Os entrevistados apontaram que a triagem do usuário permite ter-se um conhecimento da fila de espera, evitando agravamentos de casos na sala de espera e outros tipos de transtornos, e consequente definição do fluxo e ordem do atendimento.

(E8) Antes, a gente tinha os pacientes lá fora. A gente não sabia se estava hipertenso ou não. Quantos casos a gente colocou para dentro evitando esses pacientes passarem mal lá fora. Muitos casos. A gente vê melhorou nesse sentido. Evitar que o paciente vá à óbito. Dar tempo de recorrer. Evita muitos transtornos.

(E7) A gente não tinha contato. A gente não sabia qual era a nossa demanda. Mas a classificação colaborou muito para saber quem você vai atender, que horas vai atender. Ajuda nesse sentido

Imersos nesta nova prática de saúde, os enfermeiros participantes da pesquisa relataram a percepção do desenvolvimento de um novo processo e de uma mudança de paradigma.

(E8) No começo eu me senti... Era uma coisa diferente e a gente teve que começar a fazer... Era uma coisa diferente

(E4) ... uma mudança que eu sinto, que eu percebo, que eu sou da época antes da classificação onde os pacientes passavam mal na sala de espera, entravam correndo para a sala de emergência ou a família vinha à porta gritando, pedindo por socorro, em desespero. Isso acabou. A gente tinha muita imprensa na porta quando as pessoas ficavam muito tempo aguardando. Isso também diminuiu com a classificação.

(E10) A classificação de risco foi um processo novo no nosso trabalho. É, foi uma mudança muito grande de paradigma. E no começo foi muito difícil a gente se organizar. A população se conscientizar de que o tipo de atendimento iria se modificar. De que o HU não estaria mais atendendo a procura espontânea. Que a procura direta, ou seja, aquele paciente que deveria buscar uma unidade básica para estar orientando de que o atendimento estaria se modificando. Mas, hoje a gente já colhe frutos, bons frutos.

Os enfermeiros entrevistados perceberam, também, que o AACR é um procedimento diferenciado.

(E3) Hoje eu acho que é impossível se trabalhar sem a classificação de risco. Até eu comento com pessoas que trabalham em outros serviços que não tem a classificação de risco, que às vezes atendem 200 a 250 pacientes por noite. Se eles implementassem e tivessem aonde encaminhar nessas cidades pequenas, iria amenizar, melhorar e quem realmente precisa de atendimento de P.S, vai ser atendido.

Ressaltaram, ainda, que o processo é árduo e trabalhoso, além de complexo.

(E4) É um trabalho difícil? É um trabalho árduo!

(E5) Embora você nunca vai mandar embora para casa, vai contra-referência para outro serviço, mas existe toda a questão do trajeto e isso acaba sendo uma preocupação para quem libera o paciente

Os discursos revelaram o interesse dos enfermeiros no novo modo de atender os usuários, bem como a grande responsabilidade que demandam.

(E5) é um sentimento mesmo é de uma grande responsabilidade, por que eu tive uma situação, onde o técnico era inexperiente ela tirou 20 pacientes e aí depois eu fiquei com a responsabilidade de reavaliar esses pacientes né, é claro, eu liberei um ou dois, porque como os pacientes ficaram bastante tempo aguardando, foram todos atendidos pelo pessoal das clínicas.

Os entrevistados demonstraram certa preocupação em desenvolver ações educativas para o indivíduo e sua família:

(E3) Além de orientar o acompanhante. Esclarecer as dúvidas. Tentar ser mais solidária.

(E1) A gente está orientando as pessoas a priorizarem primeiro a atenção básica...

As ações educativas visam à participação de todos os indivíduos envolvidos no processo, de forma a permitir a troca de informações e experiências, a execução de novas práticas, nas quais as pessoas agem de forma crítica sobre fatores individuais e coletivos. Também devem levar a população a refletir sobre a saúde e a adotar práticas para sua melhoria ou manutenção.

O modelo educativo dialógico é uma tentativa, uma possibilidade de consolidar os princípios do SUS, tais como a integralidade da atenção, uma vez que proporciona a capacidade de reflexão sobre o cotidiano (SILVA; DIAS; RODRIGUES, 2009).

A implantação de quaisquer mudanças nos processos de trabalho, que tenham como consequência o modo de atendimento da população, deve ser amplamente discutida em Conselhos Municipais de Saúde, no momento da consulta de enfermagem e em atividades da UBS. Enfim, todos os serviços de saúde devem estar envolvidos e trabalhar em consonância.

Os enfermeiros participantes desse estudo também revelaram as suas avaliações sobre a nova prática desenvolvida após a implantação do AACR: avaliação positiva, iniciativa boa, trabalho interessante.

(E2) Por isso eu acho ótimo a classificação de risco. Eu não escuto mais ninguém fazendo isso. Na época que eu era estudante nunca ouvi falar disso. É uma coisa nova. Diminui a fila de espera do paciente. De repente fica um paciente que fica 6 horas aguardando atendimento que de repente você poderia ter referenciado para outro serviço e ter sido atendido mais rápido, ter sido atendido mais rápido. Sua sala de espera diminui e você realmente atende aquele paciente que está precisando do serviço terciário complexo, que tenha exame a mão, UTI, centro cirúrgico, que tenha tudo. Você acaba percebendo que aqueles pacientes que estão graves não ficam ali aguardando naquele escaninho de acordo com a cor. E quando chega paciente grave, ele já entra direto.

(E7) ... a classificação do risco é uma iniciativa muito boa. Dá segurança para você estar referenciando pacientes para outras unidades ou te dando segurança para estar atendendo aquele paciente, mesmo em situações onde o hospital está complicado de atender, mas a gente tem segurança de que o paciente precisa do atendimento.

De acordo com os entrevistados, o AACR proporcionou: melhora da assistência, participação mais ativa do enfermeiro, aumento das atribuições, percepção e atuação junto aos pacientes mais graves.

(E10) Então hoje realmente entra aquele paciente que necessita de avaliação, de atendimento. Então, melhorou na questão de atendimento do paciente. Então, assim, para tentar desafogar a unidade de emergência.

(E1) Hoje com a classificação de risco, o enfermeiro participa desse processo, ou seja, o enfermeiro auxilia a definir o fluxo de encaminhamento ou ordem de atendimento, junto com a equipe de enfermagem porque pelo menos agora a equipe de enfermagem avalia a todos os pacientes que procuram o hospital, principalmente, a procura direta. Então, o enfermeiro está ligado nessa decisão.

(E2) É mais uma atribuição do enfermeiro. Eu acredito precisa ter um enfermeiro mais específico para a classificação.

(E10) ... a gente conhece ele, o paciente grave. A gente sabe pela história, pelos sinais vitais, pelas queixas, quando o caso é grave.

A tomada de decisões independentes e complementares exige conhecimentos, capacitação e rapidez na tomada de decisão, tanto para a

assistência de um único paciente quanto para um grande número de usuários (TACSI; VENDRUSCULO, 2004).

(E1) Então a principal mudança é essa, a tomada de decisão. E também decidir a ordem do atendimento

(E6) De repente, a gente está sozinho, é plantão, tem bastante intercorrência, e ainda tem a classificação.

(E2) Só que eu acho que o enfermeiro deveria ter mais tempo para estar analisando essa classificação de risco ou pessoalmente analisando.

– Repercussões no atendimento do usuário

Para os enfermeiros entrevistados, o AACR permitiu organizar o atendimento do usuário que procura a instituição espontaneamente ou referenciado de outros serviços, a partir de critérios de gravidade e risco de perder a vida, baseado no protocolo de atendimento.

(E10)O processo de trabalho a partir da classificação de riscos mudou muito porque até então o paciente que chegava, chegava e fazia uma ficha e ficava aguardando atendimento. Hoje com a classificação de risco, o enfermeiro participa desse processo, ou seja, o enfermeiro auxilia a definir o fluxo de encaminhamento ou ordem de atendimento, junto com a equipe de enfermagem porque pelo menos agora a equipe de enfermagem avalia a todos os pacientes que procuram o hospital, principalmente, a procura direta

O AACR configura-se como uma das ações decisivas na reorganização das urgências e emergências. Essa nova prática compreende o acesso ampliado a todos, superando a prática tradicional – centrada na ordem de chegada –, com transformações no processo de trabalho de modo a permitir que os trabalhadores façam a distinção entre os casos de urgência e emergência.

A implantação do AACR nesta unidade de urgência possibilitou contemplar vários objetivos propostos. Apresenta-se, dessa forma, em consonância com os princípios da PNH, visando a um atendimento resolutivo, humanizado, de forma a fornecer a assistência de acordo com o grau de necessidade de cada usuário. Possibilita, também, tornar o atendimento mais humanizado, com diferenciação dos casos.

Para Beck (2001), o enfermeiro é o coordenador da equipe de enfermagem, pois é ele quem organiza, avalia e direciona o trabalho. Os

profissionais convergem para ele, realizando suas solicitações, reclamações e necessidades.

Desta forma, o enfermeiro realiza a assistência, controla o processo de trabalho dos demais membros da equipe e articula as ações dos demais trabalhos dentro da unidade. É responsável, ainda, por assumir e resolver várias situações durante o trabalho e deve, também, atuar no AACR de forma a selecionar os pacientes de maior risco de gravidade. Para este grupo de enfermeiros, a implantação do AACR resultou no acréscimo de uma nova tarefa

5.2.2 Categoria Analítica II – Sentimentos de Prazer e Sofrimento Vivenciados pelos Enfermeiros de uma Unidade de Urgência com AACR

De acordo com Ferreira e Mendes (2003), o trabalho tem como finalidade última a própria sobrevivência física, psicológica e social do trabalhador. Dessa forma, é uma possibilidade de expressão da subjetividade individual e da construção de uma subjetividade no trabalho, que permite saúde e não o adoecimento, ao atribuir o sentido do trabalho como prazer. Para os autores, uma das maneiras de se alcançar o prazer é através da utilização de estratégias de mediação para a transformação da realidade que faz o trabalhador sofrer. Sendo assim, haverá a superação do conflito gerado pelas contradições entre o desejo do trabalho e as condições do contexto de produção.

É importante destacar que não há uma separação rígida entre prazer e sofrimento no trabalho. Parecem relacionar-se como um *continuum*, tratando-se de aspectos similares e que, quando existentes, podem gerar sensação de bem-estar, mas, quando ausentes ou em excesso, são capazes de gerar sofrimento.

Segundo Mendes e Morrone (2002), o trabalho pode, ao mesmo tempo, ser, fonte de prazer e sofrimento, criando uma dinâmica de luta do trabalhador para a busca constante de prazer e de evitar o sofrimento, cujo objetivo é manter o equilíbrio psíquico.

Portanto, o trabalho pode ser fonte de prazer ou sofrimento, cujas vivências constituem-se dialeticamente, ou seja, uma não exclui a outra. Essa compreensão permite elaborar alternativas tanto para as atividades de trabalho com

intervenções que adaptem o trabalho ao homem como o contrário. Sendo assim, o mundo do trabalho é tanto individual como coletivo e social. Não se pode fechar a consideração do sofrimento do trabalhador, desqualificando a complexidade humana em outras esferas da vida. Afinal, existem outras formas e outros caminhos para a felicidade que não apenas o trabalho.

Esta segunda categoria apresenta os sentimentos vivenciados pelos enfermeiros, propiciando a compreensão dos sentimentos envolvidos com a prática do AACR em unidade de urgência. E o prazer foi percebido através das falas dos enfermeiros, sendo manifestado em várias situações do processo de trabalho.

Um dos sentidos do trabalho é o prazer. Mas este somente surge quando o trabalhador identifica-se com o trabalho, possibilitando aprender, criar, inovar e desenvolver novas formas para a execução da tarefa. Conseqüentemente, abre espaço para interação, socialização e transformação do próprio trabalho.

Mendes (1999) comenta que, para o estabelecimento da saúde psíquica do trabalhador, faz-se importante a flexibilização da organização do trabalho; a integração e globalização dos processos (possibilidade de ver o começo, o meio e o fim), métodos e instrumentos de trabalho mais adequados, identidade com o trabalho, uma maior autonomia, uso das competências técnicas e criativas e relações sociais baseadas na confiança, cooperação e participação.

Vários estudos (como: MENDES; ABRAHÃO, 1996; MORRONE, 2001; PEREIRA, 2003; SILVA, 2004; MARTINS, 2008) com diversas categorias profissionais como feirantes, gerentes bancários, pastores e enfermeiros, apontam que o prazer e a saúde estariam ligados a reconhecimento, valorização, realização de atividades variadas, fazer um trabalho de boa qualidade, descentralização do processo decisório, flexibilização hierárquica e crescimento profissional, participação coletiva, autonomia do trabalho e estímulo à criatividade.

Se o trabalho possibilita a recriação do homem, tornando-o satisfeito para realizar determinada atividade, pode-se, então, dizer que possibilita a vivência e/ou a manutenção do prazer no trabalho. Fromm (1987) revela que a satisfação irrestrita de todos os desejos não é conducente ao bem-estar, nem é via para a felicidade ou mesmo para o máximo prazer.

Desta forma, em algumas situações, é necessário que aconteçam situações no trabalho para que o trabalhador possa se superar e, então, criar mecanismos compensatórios para a realização do trabalho.

Para Dejours (1988), existem outros fatores para a geração do sofrimento no trabalho, tais como a subutilização do potencial técnico e intelectual do trabalhador, falta de participação nas decisões, insegurança no trabalho, perspectiva de aprendizagem e crescimento profissional, restrição à liberdade de expressão e espaço limitado para o coletivo de trabalho.

Assim, nesta categoria, os sentimentos de prazer e sofrimento de prazer e sofrimento expressos pelos enfermeiros foram agrupados em três temáticas:

1. Organização de trabalho

Para o grupo de enfermeiros participantes da pesquisa, a implantação do AACR trouxe uma importante consequência ao processo de trabalho: permitiu organizar o atendimento da demanda e a (re)significar o papel da enfermagem na produção do cuidado. Dessa forma, possibilitou uma maior participação da enfermagem neste processo, gerando um sentimento de satisfação.

(E6) Então se não tivesse a classificação de risco, mais fichas seriam abertas e colocadas nas caixas para o residente atender e seria bem pior a fila de espera. então melhorou nesse sentido

Foi sinalizada, também, pelos entrevistados, a questão da intensificação do trabalho:

(E5) Inclusive está aumentou mais a nossa função. Isto gera muito cansaço.

Esse aspecto é tema de discussão relacionado aos profissionais de saúde e especificamente a enfermagem. O ritmo imposto a esses profissionais é frenético e incessante, levando, muitas vezes, a uma sobrecarga de trabalho e, como consequência, ao sofrimento psíquico.

(E8) No começo era mais um serviço pra gente. Mais um serviço para ser feito. Você corria de um lado para outro. Cheio de paciente que a gente vive lotado. Então, você ter uma classificação de risco, principalmente nos finais de semana no plantão ou quando você está sozinha nesse sentido que eu acho dificultoso e a própria

insegurança de estar mandando pacientes embora para outro hospital. É complicado

Os enfermeiros de uma Unidade de Urgência com AACR, além de prestarem cuidado ao paciente, muitas vezes realizam procedimentos que exigem habilidades manuais e intelectuais com rapidez, principalmente no momento em que esses profissionais irão determinar o fluxo de atendimento do usuário. Sendo assim, estão expostos a pressões relacionadas ao desempenho das tarefas mais do que os outros trabalhadores da saúde.

Por outro lado, o trabalho é fonte de prazer por ser diversificado, por trazer demandas e necessidade inúmeras e variadas. É apontado pelos enfermeiros como:

(E3) Que o trabalho aqui é dinâmico e não tem como ficar parado. Gosto disso.

Para Dejours (1999), o sofrimento no trabalho está relacionado com a execução de várias tarefas ao mesmo tempo, a ser submetido às exigências e detectar detalhes muito finos no trabalho.

Borsoi (1992) comenta que é comum os trabalhadores da enfermagem assumirem o papel de vigilantes deles mesmos, para evitar os erros e as iatrogenias. Assim sendo, os trabalhadores, inconscientemente, passam a ser controladores atentos de seus próprios atos, por medo de erro e de suas consequências.

A Lei do Exercício Profissional de Enfermagem (BRASIL, 1987) é clara ao atribuir responsabilidades amplas ao enfermeiro, inclusive sobre os erros que possam vir a ser cometidos tanto por este profissional quanto pelos que a ele são subordinados. A própria lei se torna uma forma geradora de angústia e tensão.

O processo de trabalho de AACR para o enfermeiro é fonte de situações geradoras de tensão e estresse, oriundas da angústia objetiva, por ser ele o responsável pela contra-referência do usuário à rede de atenção, o que torna essa tomada de decisão complexa e de grande responsabilidade. Isso proporciona um constante estado de alerta e vigília para evitar erros, sendo adotada, portanto, por este profissional, uma postura mais rígida e de maior cobrança de si mesmo.

(E5) Mas, eu acho assim, que é um trabalho que melhor poderia ser aproveitado, investido pela equipe médica, por que você acaba respondendo sozinha né. Eu acho que existe bastante risco para gente enquanto enfermeiro.

Aliados à carga de trabalho, sentimentos de pressão foram trazidos nas entrevistas. Esses sentimentos refletiam constrangimento, medo, receio, preocupação, como também dúvidas a respeito de, se algo não previsto acontecer com o paciente, quais seriam os respaldos que teriam da instituição.

(E5) ... que tem que ter essa equipe multiprofissional porque o enfermeiro acaba tomando a decisão sozinho, pensando também lá na frente, qual será o nosso respaldo se acontecer alguma coisa com o paciente, né. Embora você nunca vai mandar embora para casa, vai contra-referência para outro serviço, mas existe toda a questão do trajeto e isso acaba sendo uma preocupação para quem libera o paciente. Resumindo, meu sentimento é o de preocupação. É eu preocupo nesse sentido mesmo... Você vê uma coisa bem tranqüila, na maior parte das vezes, eu não me sinto muito preocupada por que tem várias coisas que podem ser atendidas em outros serviços primários. Tem algumas coisas que me preocupam mesmo. Algo insidioso como é que eu vou saber disto. Eu fico preocupada. Muito preocupada.

Esses aspectos foram condutores de sentimentos negativos nos enfermeiros, na vivência do protocolo de AACR. Esses sentimentos, motivo de estresse para alguns, constrangimentos para outros, foram expostos nas falas dos enfermeiros, entrecortadas por repetições que denotavam sua insatisfação. Os próprios enfermeiros traziam em suas falas a frase *aceitar sem questionar*, por não concordarem com a forma como o processo se desenvolveu.

(E5) ... você vai tocar o barco conforme ele vai passar.. Não que a gente vai se debelar... Não é essa, mas, a gente faz algumas coisas, ou seja, aceitar sem questionar.

(E3) Quando fiquei sabendo que ia ser implantado a Classificação de Risco, pensei em pedir transferência de setor,

A oposição do trabalhador à sua chefia constitui uma situação de conflito vivenciado, gerado com a opressão e o autoritarismo (SELIGMANN-SILVA, 2003).

O trabalho, na grande maioria das vezes, imprime a idéia de sofrimento. Essa relação está ligada à subjugação do trabalho e, quando isso

ocorre, gera a ambivalência de sentimentos que estão ligadas ao afeto. Essa idéia, segundo Codo, Sampaio e Hitomi (1993), “implica em amor ou ódio ao trabalho e gera outros binômios: alegria ou tristeza, entusiasmo ou desânimo”

A compreensão das ansiedades e do medo e o esclarecimento acerca da competência do enfermeiro na contra-referência é de importância salutar para desvelar a ocorrência de estratégias de enfrentamento individual e coletivo perante este sofrimento e a consequente implantação de mudanças na prática cotidiana do trabalho do enfermeiro, para diminuição do sofrimento e para maiores vivências de prazer no trabalho de todos os profissionais envolvidos com o AACR.

O trabalho no AACR ressalta essa divisão das tarefas mais complexas para o enfermeiro, por este ter formação em nível superior, ficando para os técnicos de enfermagem as tarefas consideradas menos complexas.

Outra situação verificada é que, segundo o Parecer nº 015/CT/2008 do Conselho Regional de Enfermagem (COREN) de Santa Catarina (2008), em sua alínea b: “o Enfermeiro não tem competência ético-legal para decidir quais clientes [...] serão encaminhados para outros serviços.”

O Parecer nº. 68/08 do Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais (2008), é favorável a que o Enfermeiro realize a contra-referência do paciente “azul”,

... desde que tal atividade esteja definida em protocolo institucional, pactuado previamente com a rede municipal quanto à disponibilidade de uma grade de contra referenciação e referenciação com a Unidade Básica de Saúde, para garantia de atendimento.

Ainda em relação à prática do AACR em Unidades de Urgência, o CRM/PR no Parecer nº2136/2010 enfatiza que a classificação de risco pode ser realizada pelo enfermeiro, no qual baseado nos protocolos clínicos – previamente discutido com a equipe médica - , poderá determinar a gravidade ou potencial de agravamento do caso, bem como o grau de sofrimento do paciente.

O AACR foi introduzido em 2007 na unidade em estudo e, até o período estudado, 2008/2009, os enfermeiros ainda o percebem como difícil e complicado, achando que toma tempo e, principalmente, que está vinculado à questão de estar contra-referenciando os usuários para outros serviços de saúde, sem avaliação médica. Nas falas dos depoentes, fica nítida a sensação de

desconforto, medo e insegurança. Não há a percepção de que, se houver qualquer problema na contra-referência, serão respaldados pela instituição.

(E2) Por que o médico não se expõe nessa situação. E o enfermeiro que se expõe, assina e coloca o carimbo. A gente tem pouco tempo para a classificação, por que a classificação demanda tempo. Porque em uma dessas, a gente pode estar tomando uma decisão errada? Pode, com certeza, que vai me gerar um problema muito grande? Então, eu fico muito preocupada. Medo de tomar uma atitude que vai te complicar ali na frente, te expõe a uma situação ruim, a uma má interpretação. Dá insegurança e medo. Ninguém quer ser julgado de uma maneira ruim, por algo que não faz.

(E5) de responsabilidade mesmo, porque você fica naquele patamar de decidir quem fica, quem vai, quem você vai classificar para ser atendido aqui no hospital universitário, eu acho que a gente precisa estar se munindo de mais na fundamentação né, teórica, melhorando o olhar clínico para esses pacientes, né. para gente não cometer um passo falso quando a gente vai pedir a contra-referência para outro serviço.

(E7) O que dá medo, por mais que a gente fica sabendo. O medo é de acontecer alguma coisa no meio do caminho. A responsabilidade é muito nossa. Daí? Depois ninguém vai querer defender isso. Se tem que referenciar... vou fazer o que deve ser feito. Porque isso que se deve confiar quem está na classificação de risco... Porque não dá para gente ver todos os pacientes.

Esta situação demonstra a falta de trabalho em equipe na instituição estudada, intensificando o sentimento de solidão do enfermeiro nesta prática.

Dejours (2001) aponta outra natureza de sofrimento: o sofrimento ético. Esse sofrimento é definido como consequência afetiva de uma contradição moral-prática do trabalhador, a partir da traição de seus princípios éticos, e que aflige também o mal do seu par. Quando o sujeito não consegue superar esse desafio, há uma descompensação.

Há referência ao tempo que demanda a avaliação de cada usuário, principalmente quando tem que rever o trabalho do técnico de enfermagem. Isso se refere especificamente ao preenchimento do protocolo de avaliação. O não comprometimento da equipe médica é uma das limitações.

(E8) Aqui a gente não tem apoio. A parte médica não quer nem saber. A gente vai ao residente tirar uma idéia. Porque a maioria fala, a deixa ai que eu vejo depois. Mas, se você abre uma ficha que você ficou em dúvida, eles vêm reclamar, perguntando por que abriu. Então fica muito complicado.

Os enfermeiros, muitas vezes, lançam mão do seu saber-fazer para subverter o prescrito e dar conta do real, pois conhece melhor o trabalho do que qualquer outro, mesmo quando são “punidos” por terem aberto uma ficha para avaliação médica que não atendia o protocolo do AACR. O enfermeiro está ligado afetivamente, acumula conhecimento e alternativas no vivenciar dessa nova tarefa. Para Dejours (2008) “trabalhar bem é sempre cometer infrações”. No caso dos enfermeiros, na maioria das vezes, a boa vontade se volta contra eles mesmos.

Os enfermeiros participantes do estudo consideraram que, na atual situação, precisam estar muito mais atentos do que anteriormente.

(E5) E mesmo, esse sentimento de responsabilidade, de ficar muito atento mesmo.

Os enfermeiros entrevistados mencionaram o estresse provocado pelo trabalho do AACR. Os enfermeiros relataram perceberem-se diante de algo novo e desconhecido e com um aprendizado muito recente, sentindo-se sozinhos e expostos no momento de realizar a contra-referência. Referiram problemas diários com a ausência do plantonista na unidade, a não aceitação de usuários e familiares com a contra-referência, o que, muitas vezes, dificulta a concretização do trabalho idealizado.

Outro problema relatado foi à angústia que o não atendimento a todos os pacientes que chegam à instituição gera nestes profissionais, pois, na verdade, gostariam que todos que procurassem o hospital fossem atendidos.

(E2) Às vezes, o enfermeiro quando está assinando a referência a gente se expõe. Expõe a comentários. Tipo, a enfermagem tal, não quis atender e referenciou. Eu acho que não é bem por aí. Nem sempre é uma situação confortável. Às vezes, logicamente, a gente gostaria de poder atender a todos que procuram o HU. Quantos pacientes procuram e falam assim: eu vim para cá porque aqui vão resolver o meu problema. E a gente sabe que tem muito paciente que está aí coitado que está há meses no posto de saúde. Seis meses para fazer um exame, mais seis meses para passar por consulta até se fechar um diagnóstico, ele fica um ano a um ano e meio atrás de médico. A gente sabe da realidade que não é fácil. A gente sabe que o paciente procura o HU para ser atendido mais rápido, em um lugar que ele sabe que tem recursos, exames, recursos humanos, médico.

O estresse também é apresentado em outros estudos em Psicodinâmica do Trabalho, como os realizados por Fonseca e Santos (2007), Silva e Merlo (2007) e Facas (2009), entre outros. Essa vivência é decorrente da consequência da organização do trabalho.

A falta de tempo para a classificação de risco mostrou-se um fator de estresse e sofrimento no trabalho. A falta de contato direto com o paciente também se mostrou um sentimento que gera muitas preocupações.

(E6) ... quando está tendo muita intercorrência e eu dou uma passada rápida, eu fico com a sensação assim, será que ele não vai voltar? será que eu não deveria ter coletado mais a história, né. Será que eu não poderia ter conversado melhor com o acompanhante, com os familiares.

(E2) Muitas vezes a gente só vê o relato do auxiliar de enfermagem ou do técnico, que verifica os sinais vitais, a queixa. Mas você não tem contato com o paciente. O contato com o paciente permite o levantamento de muitas coisas que só o levantamento de dados escrito. Mas assim, eu vejo que essa falta de contato, não é porque a gente não quer encarar o paciente. Não é, porque às vezes a gente está em outras atribuições. Está cuidando do paciente grave. Nem sempre a gente pode parar o que está fazendo, para atender a classificação de risco.

Assim, das falas dos enfermeiros emergiram palavras como: insegurança, receio, impotência, desconforto, exigência, responsabilidade, exposição, solidão, árduo, medo e temor, que nos conduziram à percepção deste contexto de trabalho.

Pires (2006) relata em seu estudo que muito se tem discutido sobre a responsabilização do enfermeiro em seus aspectos legais, não só da classificação incorreta, mas, também, da baixa autonomia do profissional enfermeiro. Nos hospitais americanos, quem realiza a triagem são os enfermeiros, que têm autonomia para solicitar exames e prescrição de medicamentos estabelecidos em protocolos locais. Isso agiliza o atendimento. No Brasil, parece que essa não é a realidade dos enfermeiros que atuam na “triagem”. O que se verifica é a baixa autonomia devido à carência de artifícios importantes para a condução do trabalho.

Sendo assim, o sentimento de desgaste é aquele que causa desânimo, cansaço, sobrecarga, estresse,⁵ ansiedade e frustração. Em

⁵ Neste trabalho, o estresse é definido como um fator de desgaste anormal e/ou uma diminuição da capacidade do organismo para o trabalho, em consequência da sua incapacidade para tolerar,

contrapartida, o sentimento de desvalorização está ligado ao sentimento do próprio trabalhador em não conseguir atingir as metas propostas pela organização, principalmente no que se refere às questões de produtividade, desempenho e pressões no trabalho.

Pitta (1999) ressalta que a organização do trabalho atua na gênese do sofrimento psíquico através de vários elementos, tais como: jornada de trabalho, ritmos acelerados, a pressão claramente repressora e autoritária instalada na hierarquia. O não controle do trabalhador sobre o seu trabalho, a alienação do trabalho e do trabalhador, a fragmentação de tarefas e a desqualificação do trabalho que realiza, tudo isso aparece como fonte de insatisfação e conseqüente agressão à vida psíquica do trabalhador vinculado à organização do trabalho.

Existe a carga emocional que é recebida no cotidiano, quando os enfermeiros têm que dar conta do sofrimento de outros. No entanto, como fazer isso, se, por vezes, não há tempo para sequer refletir sobre o seu processo de trabalho. Isso o leva a experimentar um pesar pela inabilidade de lidar com os pedidos de ajuda. Ainda mais se existem experiências de sofrimento similares entre os enfermeiros e seus colegas.

Dejours (1988) destaca que raramente se fazem estudos relacionados às repercussões da carga psíquica do trabalho. Para o autor, elas fazem parte inclusive do desgaste dos organismos. Tal impossibilidade de lidar com as próprias questões, com as dos colegas e da organização levam ao extremo do sofrimento físico. Doenças como enxaqueca, dores e somatização em geral são associadas ao trabalho. Conclui-se que os enfermeiros carecem de mais cuidado.

(E2) Isso causa um estresse, por isso a gente tem que saber lidar com isso, se não fica louca. Se a gente não tomar cuidado, a gente leva estresse para casa. A gente fica ligada, agitada. Fecha os olhos e fica pensando no paciente, no que aconteceu, uma coisa horrível.

Para Dejours (1988), quando as defesas do organismo não conseguem dar conta dos conflitos ou da realidade, a desorganização sucumbe não

superar ou se adaptar às exigências de natureza psicológica percebidas como demasiadas, insuperáveis e intermináveis (STACCIARRINI; TRÓCOLLI, 2002). Os eventos estressores estão ligados, segundo Mendes e Cruz (2004), a sobrecarga, falta de estímulo (tédio, solidão, subinvestimento da capacidade de trabalho, falta de perspectivas) e constrangimentos organizacionais (adições de novas tecnologias, mudanças organizacionais constantes, problemas de natureza ergonômica).

por doenças mentais, mas pelo aparecimento de doenças somáticas. A organização do trabalho pode, então, comprometer imediatamente o equilíbrio psicossomático. Quanto mais rígida ela for, menos facilitará estruturas favoráveis à economia psicossomática individual. A organização do trabalho causa fragilização somática à medida que pode bloquear os esforços do trabalhador para adequar o modo operatório às necessidades de sua estrutura mental. O autor destaca que é o bloqueio contínuo da organização, em especial daquelas com sistemas tayloristas, que causam a doença somática. Nesse sentido, a livre organização do trabalho se torna uma peça fundamental do equilíbrio psicossomático e da satisfação.

A somatização é, portanto, encontrada em sujeitos de estrutura neurótica, quando seu funcionamento mental é momentaneamente colocado fora de circuito. Os trabalhadores com outras características estruturais tendem a encontrar outras formas como válvula de escape à tensão (DEJOURS, 1988).

(E1) ... então você acaba não tendo com quem discutir então você fica nervoso, isso passa, porque você fica numa situação difícil. Minha pressão já subiu, tive enxaqueca e minha pressão subiu.

É importante destacar que o sofrimento é inevitável e ubíquo segundo Dejours (1994). Para ele, o sofrimento está presente em todas as partes. A origem do sofrimento tem raízes na história singular de cada pessoa.

O autor diz que o sofrimento repercute naquilo que ele chama de “teatro do trabalho”, ao estabelecer uma relação com a organização do trabalho. Isso quer dizer que o sofrimento é individualizado e depende da construção social e psíquica de cada pessoa. E que, conseqüentemente, acaba interferindo no ambiente de trabalho. Atuam nesse “teatro” os personagens (patrão, empregado, supervisor, colega de trabalho), seguindo um “enredo” (estrutura de poder e hierarquia, valores), com “cenário” (macroambiente, a instabilidade e as incertezas), e podem ser “aplaudidos” ou não. A busca pela aprovação é quase unanimidade e o não reconhecimento pode gerar um terrível desconforto e sofrimento psíquico.

Esse “teatro do trabalho”, na maioria das vezes, pode se tornar um drama na vida real, de maior ou menor intensidade de sofrimento e depende do conjunto de “enredo”, “cenário” ou “platéia” serem opressivos ou não.

Considera-se, então, que cada enfermeiro representa de uma forma nesse “teatro do trabalho”. A vivência do sofrimento depende exclusivamente de

como ele vai reagir perante o conjunto da estrutura de poder e hierarquia, o ambiente e suas instabilidades e incertezas e com os supervisores e colegas e trabalho.

2. Assistência ao usuário

Ao (re)significar o papel da enfermagem, o AACR possibilitou que o usuário tivesse, com esta equipe, o primeiro contato com um profissional de saúde. Assim, o AACR ocorre pela investigação de riscos e das necessidades de saúde, escuta as demandas dos usuários e possibilita estreitamento de vínculos. Estudo realizado por Takemoto e Silva (2007) corroboram com os nossos achados.

(E1) Porque pelo menos agora a equipe de enfermagem avalia a todos os pacientes que procuram o hospital, principalmente, a procura direta.

Uma questão que marcou fortemente esses enfermeiros foi que o AACR permitiu avaliar o usuário após a sua chegada à instituição, de acordo com o protocolo, dando-lhes a oportunidade de detectar precocemente os casos graves e com risco de vida.

(E10) Porque existe a classificação de risco, com toda a avaliação que a enfermagem faz. Ver sinais vitais, história e outros dados: idade e acaba finalizando a classificação do risco. Então o atendimento tem sido feito pela gravidade. Os mais graves tem sido atendidos primeiro.

O prazer em contribuir para o diagnóstico precoce dos casos de urgência e emergência do paciente tem um significado importante para o enfermeiro participante desta pesquisa. O sentimento de gratificação é possível com o alívio do sofrimento do outro, e o sentimento de prazer se dá pela reposição da energia profissional. O bem-estar leva à cicatrização de feridas deixadas pelo sofrimento vivido pelos trabalhadores de enfermagem (BECK et al., 2006).

Dejours (1988) afirma que as pessoas experimentam prazer quando as exigências da tarefa estão de acordo com as necessidades do trabalhador, de tal modo que o simples exercício da tarefa lhe traz bem-estar.

O trabalho da enfermagem tem um objetivo final, que é a transformação desejada, ou seja, a recuperação do paciente. Para a enfermagem, ver esses pacientes se recuperando do processo saúde-doença é motivo de prazer. Esse prazer, essa gratificação, proporciona recompensa emocional. Algumas falas refletem a manifestação desse prazer em relação à recuperação do sujeito hospitalizado:

(E10) O que realmente importa é a gente ver o paciente se recuperando da sua doença. Sair de alta hospitalar, curado.

Essas manifestações podem ser interpretadas como recompensa pelo trabalho realizado, não material, mas que enche a alma de prazer, ao ver seu objeto transformado. De acordo com Marx (1988, o “homem transforma a natureza e, portanto, transforma a si mesmo”. Por isso, é necessário, ao trabalhador, criar espaços para a criação, em condições adequadas ao trabalho. Dessa forma, o prazer manifestado, provoca leveza da alma, da realização do ego, de felicidade e de gratidão.

Os enfermeiros participantes da pesquisa têm conhecimento de que a rede de atenção não oferece um serviço que atenda às necessidades da população e que esta se utiliza do sistema de porta aberta para buscar resolver seus problemas de saúde. Conseqüentemente, quando o enfermeiro identifica a gravidade do paciente e este recebe atendimento médico, então, o sentimento de participar do alívio da dor e na recuperação do paciente traz um grande alívio.

(E6) ... então aquele sentimento de satisfação, de poder ajudar o outro na sua dor, no seu sofrimento.

(E8) Quantos casos a gente colocou para dentro evitando esses pacientes passarem mal lá fora.

A Unidade de Urgência possui diferentes necessidades que estimulam a criatividade e a flexibilidade, fazendo com que os enfermeiros busquem soluções para os problemas. Estar sendo constantemente desafiado parece incentivar esses profissionais. Pode-se dizer, de acordo com Dejours (1988), que eles percebem a satisfação simbólica do trabalho à medida que ele oferece atividades intelectuais que estão em concordância com sua economia individual.

Trabalhar para ver a reabilitação e a recuperação dos pacientes é, com certeza, um dos objetivos primordiais do trabalho do enfermeiro. Quando o enfermeiro gerencia o cuidado, parte do pressuposto que o cotidiano de trabalho é um possibilitador de novas construções e rupturas.

Para os enfermeiros entrevistados, a Unidade de Urgência foi também vista como espaço de aprendizagem. O conhecimento técnico e científico permite ao enfermeiro uma melhor organização do processo de trabalho, no gerenciamento das atividades da unidade, permitindo um bom trabalho dos profissionais e um atendimento com qualidade para os usuários.

(E5) ... a gente teve que buscar uma maior fundamentação científica.

A realização de um trabalho útil para o indivíduo é um importante meio para conquistar o equilíbrio, a interação social e a afirmação de si mesmo ante os demais. Isto significa ser um sinal de identidade do seu próprio eu (MASSARONI, 2001).

Pode-se perceber, neste momento, que o trabalho tem um forte relacionamento humano, permeado de solidariedade e compreensão, sendo, então, visto como um local de relacionamentos.

Travelbee (1979) comenta que a relação pessoa a pessoa é um método ideal para o enfermeiro desenvolver as relações interpessoais, sendo que o principal requisito para essa relação é que cada pessoa faça emergir a capacidade de perceber o outro como um ser singular e superar as barreiras que impedem o relacionamento interpessoal.

Bom Sucesso (2002) afirma que o trabalho é a forma como o homem interage e transforma o meio ambiente, assegurando a sobrevivência. É estabelecendo relações interpessoais que o homem reforça a sua identidade e o seu senso de contribuição.

3. Relacionamento interpessoal

O trabalho é fonte de prazer por ser diversificado. Os enfermeiros mencionaram grande aprendizado na troca com os colegas e nas dificuldades e imprevistos do cotidiano. Isso reforça o conceito de trabalho não apenas como a

execução de atos técnicos, mas como o de funcionar da rede social e das dinâmicas intersubjetivas indispensáveis à psicodinâmica do reconhecimento, que é o caráter necessário para a mobilização subjetiva da personalidade e da inteligência (DEJOURS, 2002).

O trabalho em equipe permite a tomada de decisão em consenso e, assim sendo, os trabalhadores sentem-se comprometidos, e pode surgir um forte compromisso para com a equipe. Além disso, quando se trabalha com a colaboração, está se assegurando que cada um faça um esforço para ser produtivo na equipe, assegurando uma assistência com qualidade ao paciente (QUICK, 1995).

O trabalho em equipe permite o compartilhar com o outro, ampliando sua relação na esfera pessoal e profissional. Não se pode separar a pessoa da sua função no trabalho, das suas habilidades e do seu profissionalismo, dos seus sentimentos e de suas emoções.

(E2) A gente estar conversando, compartilhando. Isso é muito bom. De repente um fala, comigo aconteceu tal coisa o outro dia. É uma forma de estar desabafando aquela coisa ruim.

Nesta etapa de discussão da percepção do prazer pelos enfermeiros de uma Unidade de Urgência com AACR, é possível perceber sua importância. O prazer possibilita a vivência de situações positivas com a equipe, crescimento humano, exercício profissional, configurando a importância social do trabalho. Não se concebe mais, nos dias atuais, apenas um trabalho que vise ao lucro ou ao pagamento, mas sim um que estimule as possibilidades de seus agentes.

Os enfermeiros entrevistados relataram que, muitas vezes, vivenciaram situações de conflito na prática do AACR. Em qualquer espaço em que convivam pessoas, os conflitos existem. A inter-relação entre as pessoas é conflituosa, pois cada um vem carregado de seus valores, crenças, representações e poderes frente à saúde, à vida e à morte acumulados ao longo do tempo.

A Unidade de Urgência é um espaço onde pessoas estão se relacionando o tempo todo. Esse momento de encontro do trabalhador da saúde com o usuário e seus familiares é permeado por expectativas, que, quando não alcançadas, geram insatisfação. Essa interação quando harmoniosa pode ser fonte de prazer no trabalho, mas quando se apresenta mediada por conflitos, pode se tornar também fonte de sofrimento para o trabalhador.

Para os entrevistados, o relacionamento interpessoal no ambiente de Unidade de Urgência é complexo no que se refere ao trabalho em equipe e necessita de certas habilidades para lidar com o outro.

Encontramos depoimentos em que os enfermeiros se referiram ao relacionamento com a equipe médica como sendo uma relação difícil. Esses discursos refletem, principalmente, as dificuldades no relacionamento com a equipe médica no que diz respeito à aceitação, por este profissional, da avaliação de risco realizada pelo enfermeiro, que desencadeou em atendimento médico. Esta condição parece interferir no relacionamento interpessoal.

Heloani e Capitão (2003) ressaltam que, se o homem passa a maior parte de seu tempo trabalhando, suas relações pessoais fora de casa deveriam ter valor afetivo. No entanto, as relações de companheirismo e coleguismo no ambiente de trabalho freqüentemente não se concretizam, pois elas são passageiras, imediatas, não tendo lugar para as ligações afetivas. Na unidade de urgência verifica-se alta rotatividade dos profissionais, principalmente dos residentes de medicina e plantonistas, o que propicia um relacionamento complexo.

O conflito interpessoal pode representar uma forma de estresse para os que trabalham em Unidades de Emergência, principalmente aquelas que adotam o sistema de contra-referência dos usuários. Baseado nos relatos, verificou-se certa dificuldade na vivência dos enfermeiros com a equipe médica.

Na opinião de Guido (2003), o desentendimento entre os profissionais de saúde pode ser originado pela vivência no cotidiano hospitalar, no ato de cuidar, na relação profissional/paciente e nas relações entre os próprios profissionais, pelas diversas posições hierárquicas, posturas éticas e, principalmente, pela comunicação inadequada.

O trabalho da enfermagem é realizado em equipe e nela encontram-se divergências socioculturais manifestadas por meio de pensamentos, atos, opiniões e condutas. Essas divergências podem gerar conflitos, que devem ser debatidos e compartilhados, sendo necessário que o enfermeiro seja o mediador nessas situações.

Os médicos possuem grande autonomia, rejeitam qualquer projeto gerencial, organizando-se por uma lógica de acordos e entendimentos baseados em uma ética corporativa. Percebem-se como “clientes” do hospital e dos demais serviços, que funcionam como “fornecedores de insumos” para o seu trabalho.

Resistem a mudanças de gestão e organização do trabalho, normalmente, por não adesão aos projetos (CECÍLIO, 1997).

(E8) Tem residente que é mais difícil, mas mesmo assim eu abro.

O conflito de poder também se apresentou nos discursos dos enfermeiros deste estudo como um fator que dificulta o relacionamento com o médico, embora o enfermeiro reconheça que também tem seu poder. O relacionamento é visto como um problema. Consideram como suportável e normal. São nessas relações do cotidiano que se expressa o poder. Foucault (2003) ressalta que o poder não existe, o que existe são práticas ou relações de poder.

As relações interpessoais saudáveis no ambiente de trabalho possibilitam o aparecimento de conflitos, pois as pessoas pensam e se posicionam de forma diferente. O problema é a forma como esses conflitos são tratados, ou melhor, como, às vezes, não são tratados, sendo muitas vezes negados.

No relacionamento com a equipe médica percebeu-se, pelos relatos, uma maior dificuldade com o residente da medicina, porque, na maioria das vezes, o plantonista não está participando ativamente da dinâmica do processo de trabalho e só vem conhecer a situação quando o caos já está instalado.

(E3) A própria equipe médica já não aceita o paciente primário e eles não participam do processo e o plantonista muito das vezes nem toma conhecimento do que está acontecendo. Ele não interfere na classificação. Ele só se manifesta quando o caos já está instalado.

A situação relatada é uma fonte de estresse para os enfermeiros. Para Beck (2001), as dificuldades nas relações interpessoais estão basicamente vinculadas ao processo de comunicação inadequada, o que deve ser revisto continuamente no cotidiano de trabalho. Percebe-se, também, o fato de se dirigirem a estes profissionais como “residente” ou “plantonista”, o que reforça a dificuldade no relacionamento entre os profissionais desta unidade.

Beck (2001) se refere ao relacionamento interpessoal entre o enfermeiro e a equipe médica como uma das causas de estresse e que a falta de comprometimento e o desrespeito entre as equipes são as principais causas dessas dificuldades relacionais. Ressalta, ainda, que o relacionamento, quando visto como inadequado, ocasiona ansiedade e estresse para o enfermeiro e que, às vezes, a

tomada de decisão no trabalho em equipe se faz necessária porque é desta união de metas e objetivos que se presta um atendimento adequado ao paciente. Para isso, todos devem colaborar, conversando entre si para que as ações sejam efetivas e tragam maior benefício ao paciente.

(E6) Na dúvida, é claro que eu procuro o residente e comunico que estou abrindo ficha porque o paciente está com hipertensão, ou dessa dor que não cessou. Abro a ficha e coloco lá. Mas assim, seria bom se existisse essa interação melhor com a equipe né.

Em outros discursos, porém, os enfermeiros consideram o relacionamento com a equipe médica como sendo bom, embora com alguma dificuldade.

A presença do bom relacionamento com o médico demonstra a construção coletiva visando ao atendimento do usuário, ressaltada por muitos autores.

Os enfermeiros participantes do estudo também referiram conflitos no relacionamento com os usuários durante a prática do AACR.

(E6) ... tem aquele paciente que fica estressado e aí começa a xingar a gente, quebrar as coisas.

A psicodinâmica do trabalho de Dejours (2004b) entende que toda atividade de trabalho é regulada pela interação entre pessoas, na qual destaca o aspecto da confiança que suspende as relações de força no trabalho. A tarefa demanda uma integralidade que não se realiza somente no indivíduo, mas na interação entre os membros da equipe. É a confiança entre as pessoas que torna possível a visibilidade, constituindo o pré-requisito para a realização deste espaço público no trabalho. A confiança é garantia dessa integralidade, e se fundamenta em competências éticas “diz respeito à equidade dos julgamentos pronunciados pelo outro sobre a conduta do ego, no triângulo dinâmico do trabalho” (DEJOURS, 2002).

Nas falas também surgiram as percepções dos sentimentos de sofrimento vivenciados pelos enfermeiros. Cada experiência, cada vivência é única, pois cada pessoa é um ser embutido de uma visão de mundo, construído a partir da história pessoal, familiar, social e do trabalho.

Para Dejours (1994), não é possível quantificar o sofrimento no trabalho, pois ele é, antes de tudo, qualitativo. Ele é a repercussão da dor, da pressão que compõe a organização do trabalho. Quando não há mais possibilidade de arranjo no processo de organização laboral pelo trabalhador, a relação conflitual do aparelho psíquico à tarefa é impedida. Surge, então, o domínio do sofrimento.

Os sentimentos de sofrimento relatados pelos enfermeiros estavam intimamente ligados à realização de tarefas desagradáveis, as quais realizam por dever, imposição e/ou obrigação. Associaram a vivência desses sentimentos durante a realização da contra-referência, decorrentes das próprias características de trabalho em unidade de urgência e no relacionamento com a equipe médica.

5.2.3 Categoria Analítica III – Estratégias Defensivas Utilizadas pelos Enfermeiros de uma Unidade de Urgência com AACR

Este capítulo tem por objetivo apresentar e analisar as percepções sobre as estratégias de enfrentamento que os enfermeiros utilizam perante o sofrimento no trabalho. Os resultados deste estudo já evidenciaram que o trabalho do enfermeiro em uma unidade de urgência é bastante diversificado, complexo e requer, desses profissionais, constante mobilização de esforços cognitivos, físicos e psíquicos. O desenvolvimento de estratégias serve para combater, atenuar ou até mesmo ocultar o sofrimento que atinge o trabalhador quando confrontado com a sua realidade de trabalho.

Para a Psicodinâmica do Trabalho, as estratégias podem ser de natureza individual ou coletiva. A estratégia individual não necessita da presença física de outras pessoas. Já as estratégias coletivas dependem do consenso socializado dos trabalhadores, à medida que o grupo constrói suas estratégias. Essas estratégias desaparecem quando a causa do sofrimento é afastada (DEJOURS; ABDOUCHELI, 1994).

Segundo Dejours (1994), as defesas podem ser prejudiciais quando mascaram o mal no trabalho e perturbam a ação dos trabalhadores contra as pressões patogênicas da organização do trabalho. Seu uso excessivo também pode

levar o trabalhador a um processo anestésico frente à dor e ao sofrimento, que poderá levá-lo a uma alienação da realidade que o faz sofrer. Conseqüentemente, o sofrimento é o resultado para o coletivo de trabalho, do enfraquecimento das estratégias.

Avaliando o trabalho de analistas de sistema, Uchida (1998) aponta outra saída para se lidar com a realidade que faz sofrer: as atividades compensatórias, como as variadas formas de lazer, atividades de final de semana, atividades depois do trabalho. Isso evita a descompensação e a frustração de renúncia ao prazer.

Desta forma, à vivência do sofrimento restam duas possibilidades: uma é desenvolver novas formas de realizar as tarefas, diminuindo os custos afetivo, cognitivo e físico, transformando a realidade que o faz sofrer a partir de um acordo público (pares, chefias e subordinado), em que há a contribuição de todos. A segunda é a convivência com a realidade que o faz sofrer, mas não a transformado, mas que podem chegar ao adoecimento.

As estratégias defensivas contra o sofrimento foram utilizadas devido aos sentimentos que o enfermeiro apresenta ao se relacionar com a equipe de saúde, pacientes, familiares e instituição. Neste estudo, não foi citada nenhuma estratégia defensiva coletiva. Assim, o estudo permitiu a identificação das estratégias de enfrentamento para o sofrimento de ordem individual.

Todos os enfermeiros entrevistados disseram necessitar de algum tipo de prática esportiva que ajude a aliviar o estresse. Constitui-se, assim, uma forma de evitar uma maior descompensação psicológica, uma forma substitutiva do sofrimento no trabalho para uma vivência maior de prazer.

Sardá Jr, Legal e Jablonski Jr (2004) ressaltam que a atividade física é a forma mais primária para combater os efeitos nocivos do estresse, pois gera sensação de bem-estar físico e relaxamento.

Os relatos a seguir mostram como os enfermeiros utilizam as estratégias de atividade física com a finalidade de minimizarem os efeitos do estresse decorrente do trabalho em Unidade de Urgência

(E9) Eu pratico esportes. Sinto descarregar. Como eu não bebo, eu tento fazer esportes. Pelo menos uma caminhada. Você tem que arrumar algo pra fazer.

(E1) ... eu procuro fazer academia, praticar alguma atividade física para tentar relaxar.

(E2) Domingo eu vou passear com minha família, me esforço para não ficar em casa, falando, estou cansada! em casa fazendo alguma coisa. Porque se eu entrar nessa, estou cansada, eu piro. É isso. Eu acho que assim ameniza esse estresse.

Os participantes do estudo parecem ter consciência da necessidade do lazer e o realizam, mesmo que não seja de forma sistemática. O espaço doméstico também representou uma forma de prazer.

(E4) Eu tenho um bom convívio familiar

(E6) Nos finais de semana aproveito para ficar com a minha família

O lazer pode, assim, ser visto como um meio alternativo para o relaxamento e alívio das tensões advindas do cotidiano, tanto no nível profissional quanto no pessoal.

Em contraposição ao trabalho, o lazer favorece consideravelmente o nível de saúde integral e, sobretudo, mental das pessoas, canalizando as energias perdidas para os aspectos saudáveis, aliviando a fadiga exaustiva e o estresse provocados pelas condições desfavoráveis da contextualidade das pessoas (DUMAZEDIER, 1979; BUENO, 1981).

Nas falas citadas, pode-se verificar um tipo de defesa ao sofrimento que se denomina de atividades compensatórias. Essas atividades surgem como válvula de escape frente ao sofrimento (UCHIDA, 1998), escapando do domínio direto do contexto de trabalho, ou seja, não são realizadas no contexto de trabalho, mas em razão dele. Descanso, lazer, hobbies, atividades lúdicas fora do trabalho assumem um grande valor para enfrentar o sofrimento dele advindo.

Essas atividades são pertinentes à vida de qualquer trabalhador; contudo, o sentido assumido para esses trabalhadores é que as diferenciará de outras não defensivas. Neste caso, tais atividades assumem um sentido essencial para compensar o sofrimento da atividade profissional (DEJOURS, 1994).

A diversidade de ações problemáticas enfrentadas corriqueiramente foi apontada como a principal razão para o desenvolvimento dessa estratégia, visto que os custos cognitivos, afetivos e físicos são elevados (DEJOURS, 2002).

Outra forma para enfrentamento do sofrimento é a religiosidade, definida como a busca humana do sagrado, do divino, do transcendente. Essa busca é uma atividade que extrapola o contexto de trabalho. Encontrar um sentido para a vida e o trabalho por meio da religião parece trazer uma maior possibilidade de evitar o sofrimento e encontrar o prazer.

(E3) Quando eu vou embora, eu tenho hábito de orar pedindo a honra e glória de Deus. Por isso que eu oro, peço a Deus que me dê forças.

(E2) Procuro ir à igreja quando não estou de plantão.

(E7) Vou à igreja aos domingos quando não estou de plantão.

Não apenas como uma saída para o sofrimento, a religiosidade surge como uma maneira de ir ao encontro do prazer. Cada conjunto profissional haverá de ter a sua forma de lidar com o sofrimento (DEJOURS, 1994), configurando uma forma auxiliar na vida não laboral.

Pelas falas observadas, os enfermeiros buscam apoio na prática religiosa no domingo, quando não estão de plantão, e nela buscam meios para conviver com o sofrimento, o desgaste com a organização do trabalho, ou seja, a busca de soluções individuais para tornar o processo menos difícil e penoso.

Outros estudos que analisaram as estratégias defensivas na área da enfermagem apontaram que os enfermeiros recorrem às religiões para tentar se confortar com o sofrimento (SHIMIZU, 2000, por exemplo).

Shimizu (2000) destaca que a utilização dessa estratégia não é totalmente eficaz, pois os subterfúgios ou defesas inconscientes, de caráter humanitário, já estão implícitos à própria profissão, de modo exclusivo e silencioso.

A maioria dos enfermeiros entrevistados não busca apoio só na crença religiosa, mas também em outras fontes, como a própria família e os colegas.

Outra defesa para compensar os fatores de sofrimento presentes em seus trabalhos foi referida pelos depoentes como o fato de inter-relacionamento com os colegas.

O relacionamento interpessoal em uma unidade urgência parece ser complexo, porque as situações de urgência e emergência são geradoras de estresse. Porém, os enfermeiros relataram que entre a equipe de enfermagem, na situação do AACR, o espírito de equipe e de união parece permear o relacionamento.

Na unidade em estudo, no mínimo dois enfermeiros estão sempre trabalhando e um acaba recorrendo ao outro para trocar ideias a respeito das condições clínicas do paciente, para a tomada de decisão no que diz respeito à abertura de ficha de atendimento médico ou contra-referência para outro serviço de saúde. Isto parece ser uma forma que os enfermeiros encontraram de diminuir a chance de tomar decisões ou condutas inadequadas. Os relatos confirmaram que a diversidade de experiências e pessoas nos grupos permitiu intensa troca e interação, processo possibilitado pela similaridade dos problemas vivenciados nas diversas realidades. A compreensão do problema do outro e o planejamento de estratégias para vencer as dificuldades eram exercícios e possibilidades que poderiam ser usados na realidade de cada um.

(E2) A gente estar conversando, compartilhando. Isso é muito bom. De repente um fala, comigo aconteceu tal coisa o outro dia. É uma forma de estar desabafando aquela coisa ruim.

Para Dejours (2002), a cooperação está profundamente relacionada à vontade das pessoas de trabalharem juntas e de superarem coletivamente as contradições que nascem devido aos mandos da organização do trabalho. Assim, as relações sociais de trabalho visam a amenizar o sofrimento vivenciado e fazer com que continuem trabalhando. O grupo se mostrou coeso, referindo que, sempre, na dúvida, procura o colega para trocar uma ideia. As falas a seguir ilustram esta situação:

(E10) Se tem dúvida, procurar outra pessoa. Não tenta tomar decisão sozinha. Peço opinião, discuto o caso, para tentar tomar a decisão mais acertada.

(E8) Hoje, estou mais tranqüila, nessa fase quando está em dois enfermeiros, eu posso trocar uma ideia, perguntar o que acha.

Mendes, Costa e Barros (2003) ressaltam que a coesão entre os pares funciona como apoio social, parecendo um coletivo de trabalho, e que as relações sociais satisfatórias ajudam a minimizar o sofrimento no trabalho. Outros estudos apontam para a mesma utilização da coesão entre os pares como estratégia de enfrentamento do sofrimento (MARTINS, 2008).

Para este grupo de enfermeiros, o bom relacionamento interpessoal ajuda a aliviar as tensões advindas do cotidiano do trabalho, estabelecendo uma relação de ajuda mútua e desenvolvimento do potencial de cada um.

Alguns enfermeiros são pró-ativos na busca de resolução de problemas que lhes angustia no trabalho, procurando desenvolver mecanismos que lhes ajude a extinguir os problemas que enfrentam. Esses mecanismos, conforme relatado, são: procurar atualização para uma melhor resolução dos problemas.

(E10) Foi muito importante porque todos nós tivemos que nos atualizar. Estudar mais sobre algumas coisas.

Os resultados das análises das entrevistas dos enfermeiros que atuam no AACR revelaram que eles se vêm tendo de contra-referenciar os usuários para outros serviços de saúde sem avaliação médica. Essa ação desvela-se como uma pressão imposta, que obriga estes enfermeiros a desenvolver estratégias de enfrentamento perante o sofrimento, a fim de cumprir com as suas obrigações.

(E3)... quando eu fiquei sabendo que ia ser implantada, eu pensei em pedir transferência do PS

(E5) Eu acho que existe bastante risco para gente enquanto enfermeiro, então a gente tem que se munir de mais fundamentação para isso e também tem o feeling de perceber um paciente mais grave e em certas situações pecar pelo excesso de zelo na hora de liberar o paciente

A compreensão da ansiedade e do medo e o esclarecimento acerca da competência do enfermeiro na contra-referência são de importância salutar para desvelar a ocorrência de estratégias de enfrentamento individual e coletivo perante este sofrimento, e para a implantação de mudanças na prática cotidiana do trabalho do enfermeiro, buscando a diminuição do sofrimento e maiores vivências de prazer no trabalho por todos os profissionais envolvidos com o AACR.

Nessa perspectiva, os resultados desta pesquisa confirmam os estudos da Psicodinâmica do Trabalho, que apontam a organização do trabalho como o principal fator de desencadeamento do sofrimento, conforme pesquisas empíricas de Ferreira e Mendes (2003); Mendes e Tamayo (2001); Mendes (1999); Mendes e Abrahão (1996). Tais pesquisas constataam que as vivências de sofrimento estão associadas à divisão e à padronização de tarefas, com perda do potencial

humano e da criatividade; rigidez hierárquica, com excesso de procedimentos burocráticos; ingerências políticas; centralização de informações; falta de participação nas decisões e não reconhecimento, além de pouca perspectiva de crescimento profissional.

As organizações do trabalho deveriam oferecer espaços coletivos para discussão, convivência, para oportunizar o viver em sociedade, as regras de convivência que favorecem o mundo social do trabalho, para proteger o ego, permitindo, por sua vez, uma subjetividade saudável entre os membros da equipe de saúde (DEJOURS, 1999).

Conforme relatado pelos enfermeiros, há a necessidade de discutir o processo de trabalho com o AACR.

(E5)... você começa a ver que é preciso discutir essa questão mesmo.

Durante a realização deste estudo, esse espaço não foi evidenciado. Sugerimos a criação desses espaços coletivos, pois isso permitiria a discussão e a ação conjunta para a resolução de problemas, inclusive o do medo do erro que foi verbalizado pelos enfermeiros entrevistados, bem como a avaliação de profissionais habilitados para realizarem um diagnóstico detalhado, a fim de minimizar os sentimentos decorrentes da cobrança e da responsabilidade, gerando o medo de cometer erros. Outro trabalho na instituição de pesquisa abordando enfermeiros a respeito do prazer e sofrimento no trabalho evidenciou resultados similares (MARTINS, 2008).

**CONSIDERAÇÕES
FINAIS**

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesse estudo, foi analisada a relação entre contexto de trabalho, as vivências de prazer e sofrimento e as estratégias de enfrentamento utilizadas pelos enfermeiros de uma Unidade de Urgência com AACR.

Assim, o enfermeiro da unidade de urgência possui seu objeto de trabalho que é o paciente, e os meios e instrumentos com quais ele trabalha. Como essa interação apresenta-se interligadas e em movimento contínuo, apresenta-se em equilíbrio dinâmico. Segundo Dejours (1993) se esse equilíbrio for bloqueado ou tender à permanência, pode surgir a ineficiência na produção e a qualquer instante, poderá surgir uma ruptura.

Quando ocorre esta ruptura é porque este profissional utilizou-se da inteligência prática ou astuciosa. Dejours (1993; 2004) refere que esta inteligência tem raiz no corpo, na percepção e na intuição dos trabalhadores e tem como fundamento a ruptura com as regras e as normas, ou seja, transgredir o trabalho prescrito de forma a atender os objetivos através de meios que julgam serem mais eficazes do que aqueles impostos pela organização do trabalho.

A inserção da prática do AACR por parte da enfermagem representa essa mobilização de novas formas de se atender o usuário.

O fato de trazer à luz as dificuldades e problemas existentes neste local de trabalho possibilita que os profissionais repensem suas ações, criando novas alternativas e possibilidades na prática do enfermeiro, contribuindo, desta forma, para uma melhoria da qualidade da assistência aos usuários.

Conforme relatado por Lacerda e Oliniski (2004), para que se tenha qualquer modificação no ambiente de trabalho é necessário que cada um dê a sua parte e responda por suas responsabilidades.

Verificamos através da análise das entrevistas a presença da atividade produtiva do enfermeiro de unidade de urgência, a coordenação entre os membros da equipe de enfermagem e a mobilização subjetiva dos trabalhadores (DEJOURS, 1992).

A primeira categoria discutiu a atividade produtiva e trazendo também a coordenação dos membros pois trouxe a gerência desta equipe. As outras duas categorias expressaram a mobilização subjetiva dos trabalhadores.

Foram identificadas a coexistência entre prazer e sofrimento, com predomínio do sofrimento, ficando este mais acentuado a partir da implantação do AACR. Por outro lado, o prazer decorreu a partir da organização da demanda, da priorização dos casos graves e do inter-relacionamento entre a equipe de enfermagem.

Em relação ao sofrimento, os enfermeiros relataram: o medo e a insegurança ao contra-referenciar o usuário para o nível adequado à sua queixa, o não trabalho em equipe multiprofissional e a falta de apoio da equipe médica no processo de AACR. Dessa forma, não vêem reconhecimento em seu trabalho, mas aumento das cobranças.

Para lidar com o sofrimento, esses enfermeiros utilizam estratégias defensivas, que dependeram exclusivamente de mobilização individual.

Em relação à implantação do AACR, essa prática de gestão passa a ser utilizado pela instituição como uma estratégia para diminuir a fila de atendimento originada pela procura espontânea. No entanto, ressaltamos o fator do não comprometimento da equipe médica com o processo, já que esse trabalho pressupõe ser realizado por uma equipe multiprofissional, principalmente na ação da contra-referência dos usuários a outras unidades de saúde.

Refletindo sobre as repercussões da implantação do AACR no trabalho do enfermeiro, reitera-se a necessidade de tal prática ser um projeto institucional e não somente da enfermagem. O projeto de implantação do AACR deve ser uma política adotada por toda a equipe do hospital, ou seja, um projeto institucional. E, por tratar-se de uma instituição de ensino, a prática do AACR deve ser pactuada desde as instâncias administrativas superiores, ser aprovada no Conselho Universitário, ser homologada e ter anuência da Superintendência.

O enfermeiro, na sua história, assume com responsabilidade as ações delegadas, por vezes até mesmo idealizadas, acreditando que pode, individualmente, dar conta da problemática dos serviços de saúde. Isso faz com que experiencie sofrimento no trabalho e fique sem alternativas de resolução.

Questões como referência e contra-referência, fila de espera, superlotação, entre outras, são fatores que precisam ser discutidos e assumidos por todos os profissionais da área da saúde, incluindo principalmente os gestores dos serviços.

No momento em que, sozinho, o enfermeiro toma para si esta responsabilidade, traz uma sobrecarga real vivenciada na prática cotidiana no trabalho, não se tratando apenas de um trabalho prescrito. Podemos dizer que há até certa onipotência nesta ação, pois o enfermeiro coloca-se como capaz de resolver todas as questões. Como ele toma para si muitas resoluções e estas dependem de fatores que estão muito além do campo de decisão do enfermeiro, vivenciam também a frustração da não resolutividade.

É importante que o enfermeiro reflita sobre estas questões, buscando um trabalho mais multidisciplinar, no qual possa compartilhar as tomadas de decisões e suas conseqüências, compartilhando responsabilidades. É necessário o estabelecimento de relações mais horizontais entre os profissionais de saúde, de respeito, interação e reconhecimento do trabalho do outro.

Outra reflexão que podemos inferir é que a implantação do AACR trouxe organização e ordenação da demanda, com resultados visíveis na sala de espera e no atendimento dos casos mais graves. No entanto, ainda não atingiu os propósitos do acolhimento como prática de humanização da assistência.

Para atingir esta meta, é preciso ir além da implantação de um protocolo de atendimento, de um espaço definido na planta física e do treinamento do pessoal para a utilização do protocolo. Estas questões são essenciais quando se pensa na implantação de uma nova prática, um protocolo, um espaço definido e pessoal capacitado, porém, se não se discutir as questões básicas que sustentam tal protocolo e tal ação em sua complexidade e particularidade, corre-se o risco de apenas vestir uma prática antiga com uma nova roupagem sem atingir os objetivos propostos.

A triagem sempre foi discutida e praticada com dificuldades. O importante é que a prática do AACR não se torne somente uma outra forma de triar. Se o AACR não for colocado em prática acompanhado dos princípios do acolhimento conforme discutido em sua criação, pode somente atingir a organização da fila de espera, sem qualificar o atendimento ao usuário e sem considerar as dificuldades do trabalhador em saúde.

No momento em que se contra-referencia o usuário para outro serviço, sem garantia de atendimento e sem suporte adequado de locomoção, não se garante o atendimento de suas necessidades, mesmo que elas sejam de menor complexidade.

Outro fator relevante em relação à implantação do AACR é que esta prática expôs a falta de articulação entre os serviços de saúde e a fragilidade no trabalho em equipe entre os profissionais de saúde. Ainda convivemos com equipes que, embora no mesmo setor e desenvolvendo as mesmas práticas, trabalham de maneira isolada e, por vezes, até competitiva entre si. Por parte dos gestores, há estímulo na implantação de novas propostas, mas pouco envolvimento para dar suporte ao desenvolvimento delas.

Dessa maneira, o trabalhador em saúde se vê sozinho, vivenciando dilemas no desenvolvimento dessas novas práticas, assumindo as dificuldades e os riscos, vivenciando sentimentos ambíguos de prazer e de sofrimento.

Essa nova prática pressupõe a capacidade de escuta. Assim, faz-se necessário que essa escuta não seja relacionada apenas aos problemas relacionados à saúde e a doenças, mas a todo contexto sociopolítico e cultural do usuário; portanto, deve ser focada na pessoa que necessita de um cuidado. Nesse momento de encontro do trabalhador da saúde com o usuário, o que deve prevalecer é o compromisso da escuta dessas necessidades trazidas pelo usuário.

Em relação ao profissional que atua no AACR espera-se que esse esteja imbuído de responsabilidade, ética e tenha as competências saber ser, saber fazer, saber ouvir e saber estar, colocar-se na posição do outro, já que esta prática envolve a avaliação de dados subjetivos que devem ser julgados à luz do protocolo institucional. Outro fator também é de atribuir riscos não é uma tarefa simples de se realizar.

O AACR foi percebido pelos enfermeiros como uma prática que tem trazido muitos resultados positivos para a ordenação da demanda no serviço de urgência estudado; porém, é necessária a sensibilização, por parte dos gestores, para a discussão das dificuldades cotidianas.

É importante que a instituição torne esta prática um projeto institucional, em que a participação da equipe médica deve ser discutida e a contra-referência deve ser adotada de maneira concreta e efetiva, pactuada com os gestores dos serviços de saúde do município. Todas estas questões precisam, também, ser discutidas e pactuadas com os usuários.

Os usuários que são os beneficiados com essa nova prática de atendimento devem ser informados sobre as novas diretrizes de acesso às unidades de urgência de forma que se faça utilização adequada desta porta de entrada.

O estudo apresenta algumas limitações, pois representa a percepção dos enfermeiros sobre as repercussões percebidas em seu trabalho com a implantação do AACR, ou seja, a análise do fenômeno está circunscrita a esses profissionais.

Em âmbito acadêmico, a pesquisa aproximou-se de outros estudos, reforçando a abordagem da Psicodinâmica do Trabalho aplicada à Enfermagem, a fim de compreender a relação do trabalho com o trabalhador. Em âmbito institucional, esperamos contribuir para a discussão e a criação de espaços coletivos e de suporte organizacional para auxiliar nas vivências de prazer e sofrimento. Outra sugestão é a (re)discussão das competências do enfermeiro no processo da contra-referência, já que a literatura disponível aponta diferentes pontos de vista em relação à realização desta tarefa.

O estudo possibilitou constatar que a organização do atendimento aos usuários em unidades de urgência deve ser pautada nos princípios da avaliação e classificação de risco e não na ordem de chegada, pois estes contradizem os princípios da PNH.

Acredita-se que mais estudos se fazem necessários para discutir o processo de trabalho em Unidade de Emergência, principalmente com a experiência de se implantar o AACR.

REFERÊNCIAS⁶

ABBÊS, C.; MASSARO, A. **Acolhimento com classificação de risco**. Campinas: Hospital Municipal Mário Gatti, 2004.

ALBINO, R.M.; RIGGENBACH, V. Medicina de urgência: passado, presente e futuro. **ACM** – Arquivos Catarinenses de Medicina, Florianópolis, v. 33, n. 3, p 15-17, jul./set. 2004.

ALFARO-LÉFREVE, R. **Aplicação do processo de enfermagem**. Um guia passo a passo. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002.

ALMEIDA, P.J.S.; PIRES, D.E.P. O trabalho em emergência: entre o prazer e o sofrimento. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**, v. 9, n. 3, p. 617-629, 2007. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a05.htm>>. Acesso em: 21 jul. 2008.

BARBOZA, D.B.; SOLEER, Z.A.S.G. Afastamentos do trabalho na enfermagem: ocorrências com trabalho de um hospital de ensino. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 2, p. 177-183, mar. 2003.

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

BECK, C.L.C. **Da banalização do sofrimento à sua ressignificação ética na organização do trabalho**. 2001. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

BECK, C.L.C. et al. A humanização na perspectiva dos trabalhadores de enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, v. 16, n. 3, p. 503-510, 2007.

BECK, C.L.C.; GONZALES, R.M.B.; STEKE, L.M.C.; DONADUZZI, J.C. O trabalho da enfermagem em unidades críticas e sua repercussão sobre a saúde dos trabalhadores. **Revista da Escola Anna Nery**, v. 2, n. 10, p. 221-227, 2006.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface** – Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 389-394, 2005.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. Petrópolis: Vozes, 1999.

BOM SUCESSO, EP. **Trabalho e qualidade de vida**. Rio de Janeiro: Dunya, 2002.

⁶ De acordo com: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6023**: informação e documentação – referências – elaboração. Rio de Janeiro, ago. 2002.

BORSOI, I.C.F. Saúde mental e trabalho: um estudo de caso da enfermagem. 1992. 96f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica, São Paulo.

BOSSAERT, L.L.L. The complexity of comparing different SEM systems a survey of SEM systems in Europe. **Annals of Emergency Medicine**, n. 122, p. 122-125, 1993.

BRASIL. Ministério do Trabalho. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 jun. 1986.

_____. Ministério da Saúde. **Terminologia básica em Saúde**. 2. ed. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1985.

_____. Ministério da Saúde. Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 9 jun. 1987.

_____. Constituição Federal de 1988, de 5 de outubro de 1988. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 5 out. 1988. (anexo).

_____. Ministério da Saúde. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990a.

_____. Ministério da Saúde. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 1990b.

_____. Ministério da Saúde. Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993. Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 jul. 1993.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Normas para projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1995. 136p.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96, de 10 de outubro de 1996. **Cadernos de Ética em Pesquisa**, Brasília, DF, v. 1, n. 1, p. 34-42, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Portaria/SAS/nº 55 de 24 de fevereiro de 1999**. Dispõe sobre a rotina do Tratamento Fora de

Domicílio no Sistema Único de Saúde – SUS, com inclusão dos procedimentos específicos na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SIA/SUS e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1999.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001b**. Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html>. Acesso em: 28 maio 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2.048, de 5 de novembro de 2002**. Regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Manual do Humaniza-SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003a. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/humanizasus>>. Acesso em: 3 fev. 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 1863/GM, em 29 de setembro de 2003**. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília: Ministério da Saúde, 2003b.

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

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. 2004b. Disponível em: <http://www.portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=390>. Acesso em: 16 jul. 2008

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

BUENO, S.M.V. Contribuição ao estudo da aplicação do lazer no ambiente hospitalar. 1981. 236p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

CALIL, A.M.; PARANHOS, W.Y. **O enfermeiro e as situações de emergência**. São Paulo: Atheneu, 2007.

CAMPINAS. Prefeitura Municipal. **Mário Gatti é pioneiro na Classificação de Risco**. 27 jan. 2004. Disponível em <http://2009.campinas.sp.gov.br/saude/noticias/not_01_04/not_27_01_04d.htm>. Acesso em: 14 ago. 2009.

CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Paidéia 2001**. Protocolo de acolhimento da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. 2001. Disponível em: <http://2009.campinas.sp.gov.br/saude/programas/protocolos/protocolo_acolhimento.htm>. Acesso em: 15 set. 2009.

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

_____. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 863-870, 1998.

CARVALHO, S.R.; CAMPOS, G.W.S. Modelos de atenção à saúde: a organização de equipes de referência na rede básica da secretaria municipal da saúde de Betim, Minas Gerais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 507-515, abr./jun. 2000.

CASTEL, R. **As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário**. São Paulo: Vozes, 1998.

CECÍLIO, L.C.O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 469-478, jul./set. 1997.

CEZAR, E.S.; MARZIALE, M.H.P. Problemas de violência ocupacional em um serviço de urgência hospitalar da cidade de Londrina, Paraná, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n.1, p. 217-221, jan. 2006.

CODO, W.; SAMPAIO, J.J.C.; HITOMI, A.H. **Indivíduo, trabalho e sofrimento: uma abordagem interdisciplinar**. Petrópolis: Vozes, 1993.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN-159-1993**. Rio de Janeiro, 19 abr. 1993. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br/Site/2007/materias.asp?ArticleID=7028§ionID=34>>. Acesso em: 13 jul. 2008.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 1.451/1995**. Define os conceitos de urgência e emergência e equipe e equipamentos para prontos socorros. Diário Oficial da União, p. 3666, 17 de março de 1995. Disponível em <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1995/1451_1995.htm>. Acesso em: 15 jun. 2008.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MINAS GERAIS. **Parecer Técnico 68/08**. Encaminhamento pelo profissional Enfermeiro de pacientes classificados como Azuis dentro do Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco em setor de Pronto Socorro. Belo Horizonte, 26 maio 2008.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA – COREN. **Parecer COREN-SC nº. 015/CT/2008**. Assunto: Protocolo de Acolhimento em Urgência e Emergência com Classificação de Risco – Hospital... Florianópolis, 18 maio 2008.

COSTA, J.R.A.; LIMA, J.V.; ALMEIDA, P.C. Stress no trabalho do enfermeiro. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 37, n. 3, p. 63-71, 2003.

DEMO, P. **Metodologia do conhecimento científico**. São Paulo: Atlas, 2000.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**: estudo de psicologia do trabalho. São Paulo: Cortez, 1988.

_____. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. 5. ed. São Paulo: Cortez, 1992 [1982].

_____. A carga psíquica do trabalho. In: DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E. **Psicodinâmica do Trabalho**: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 1994. p. 21-32.

_____. **Conferências brasileiras**: identidade, reconhecimento e transgressão no trabalho. São Paulo: Edições Fundap, 1999. 160p.

_____. **A banalização da injustiça social**. Rio de Janeiro: FGV, 2001.

_____. **O fator humano**. Rio de Janeiro: Fundação Getulio Vargas, 2002.

_____. O trabalho como enigma. In: LANCMAN, S.; SZNELWAR, L.I. (Org.). **Christophe Dejours**: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004a. p. 127-139.

_____. Patologia da comunicação, situação de trabalho e espaço público. In: LANCMAN, S.; SZNELWAR, L.I. (Org.). **Christophe Dejours**: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004b. p. 243-275.

_____. Prefácio. In: MENDES, A.M. (Org.). **Psicodinâmica do Trabalho**: teoria, método e pesquisa. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2007.

_____. A avaliação do trabalho submetida a prova real – críticas aos fundamentos da avaliação. In: SZNELWAR, L.; MASCIA, F. (Org.) **Trabalho, tecnologia e organização**. São Paulo: Blucher, 2008. p. 31-90.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E. Itinerário teórico em psicopatologia do trabalho. In: _____. **Psicodinâmica do Trabalho**: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 1994. p. 119-145.

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

_____. O projeto ético-político da humanização: conceitos, métodos e identidade. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 401-403, ago. 2005.

DUMAZEDIER, J. **Lazer e cultura popular**. São Paulo: Perspectiva, 1979.

FACAS, E.P. Estratégias de mediação do sofrimento no trabalho automatizado – estudo exploratório com pilotos de trem de metrô do Distrito Federal. 2009. 116f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Brasília, Brasília.

FERREIRA, A.B. de H. **Novo dicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FERREIRA, M.C.; MENDES, A.M. 'Só de pensar em vir trabalhar, já fico de mau humor': atividade de atendimento ao público e prazer e sofrimento no trabalho. **Revista de Estudos em Psicologia**, v. 6, n. 1, p. 97-103, 2001.

FERREIRA, M.C.; MENDES, A.M. **Trabalho e risco de adoecimento**: o caso dos auditores fiscais da previdência social brasileira. Brasília: Ler, Pensar e Agir, 2003.

FISCHER, V.M.R.; AZEVEDO, T.M.V.E.; FERNANDES, M. de F.P. O enfermeiro diante do atendimento pré-hospitalar: uma abordagem sobre o modo de cuidar ético. **Rev. Min. Enferm.**, Belo Horizonte, v. 10, n. 3, p. 253-258, jul. 2006.

FONSECA, C.M.B.M.; SANTOS, M.L. Tecnologias da informação e cuidado hospitalar: reflexões sobre o sentido do trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 3, p. 699-708, 2007.

FOUCAULT, M. A ética do cuidado de si como prática de liberdade. In: _____. **Ditos e escritos**. v. IV. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003. p 264-287.

FRACOLLI, L.A.; BERTOLOZZI, M.R. **A abordagem do processo saúde-doença das famílias e do coletivo**: manual de enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

FROMM, E. **Ter ou ser?** 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1987.

FURTADO, B.M.A.S.M.; ARAÚJO JUNIOR, J.L.C.; CAVALCANTI, P. O perfil da emergência do Hospital da Restauração: uma análise dos possíveis impactos após a

municipalização dos serviços de saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 7, n. 3, p. 279-289, set. 2004.

GALOTTI, R.M.D. **Eventos adversos e óbitos hospitalares em serviço de emergência clínicas de um hospital universitário terciário: um olhar para a qualidade da atenção**. 2003. 148f. Dissertação (Mestrado em Ciências – Área de Concentração Emergências Clínicas) – Universidade São Paulo, São Paulo.

GARANHANI, M. L **Habitando o mundo da educação em um currículo integrado de enfermagem: um olhar à luz de Heidegger**. 2004. 273f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUM, M.W.; GASKELL, G. (Ed.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Trad. Guaresch, A.P. Petrópolis: Vozes, 2002.

GOLDIM, J.S. **Compaixão, simpatia e empatia**. 2006. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/bioetica/compaix.htm>>. Acesso em: 24 maio 2008.

GOMES, A.L. **Emergência: planejamento e organização da unidade**. Assistência de Enfermagem. São Paulo: Pedagógica e Universitária, 1994.

GONÇALVES, R.B.M. **Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades**. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde, 1992.

_____. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo**. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1994. 278p.

GRECO, R.M. Ensinando a administração em enfermagem através da educação em saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 57, n. 4, p. 504-507, 2004.

GRUPO BRASILEIRO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO – GBRACR. **História da classificação de risco**. 2008. Disponível em: <http://gbacr.com.br/index.php?option=com_content&ask+107>. Acesso em: 12 dez. 2008.

GUIDO, L. de A. **Stress e coping entre enfermeiros de centro cirúrgico e recuperação anestésica**. 2003. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo.

HELLER, A. **Sociologia de la vida cotidiana**. Barcelona: Península, 1991.

HELOANI, J.R.; CAPITÃO, C.G. Saúde mental e psicologia do trabalho. **São Paulo Perspec.**, v. 17, n. 2, p. 102-108, 2003.

HELOANI, R. **Gestão e organização no capitalismo globalizado**: história da manipulação psicológica no mundo do trabalho. São Paulo: Atlas, 2003.

HELOANI, R; LANCMAN, S. Psicodinâmica do trabalho: o método clínico de intervenção e investigação. **Rev. Produção**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 77-86, set./dez. 2004.

HOSPITAL MUNICIPAL ODILON BEHRENS. **Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco**. Belo Horizonte, 2006.

KING, I.N. The qualitative research interview. In: SYMON, G.; CASSEL, C. (Ed.) **Qualitative methods in organization research – a practice guide**. London: Sage, 1995. p. 15-36.

LACERDA, M.R.; OLINISKI, S.R. O familiar cuidador e a enfermeira: desenvolvendo interações no contexto domiciliar. **Acta Scientiarum**. Health Science, Maringá, v. 26, n. 1, p. 239-248, 2004. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/1699/1078>>. Acesso em: 18 jun. 2009.

LANCMAN, S.; SZNELWAR, L.I. (Org.). **Christophe Dejours**: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004. 346p.

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

LUNARDI FILHO, W.D. **Prazer e sofrimento no trabalho**: contribuições à organização do processo de trabalho da enfermagem. 1995. 284f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

LAVILLE, C.; DIONNE, J. A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas. Porto Alegre: Artmed, 1999. 344p.

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

LIMA, M.A.D.S.; ALMEIDA, M.C.P. O trabalho de enfermagem na produção de cuidados no modelo clínico. **Rev. Gaúcha Enf.**, n. 20, p. 86- 101, 1999. (número especial).

LONDRINA. Prefeitura Municipal. **Autarquia Municipal de Saúde**. [s.d.] Disponível em: <<http://home.londrina.pr.gov.br/homenovo.php?opcao=saude>>. Acesso em: 15 dez. 2008.

LOPES, M.S.M. Poder, interdependência e complementaridade no trabalho hospitalar: uma análise a partir da enfermagem. **Revista Saúde**, Porto Alegre, v. 1, p. 43-50, 1996.

LOVALHO, A.F. Administração de serviços de saúde em urgência e emergência. **O mundo da saúde**, v. 28, n. 2, p. 160-171, 2004.

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

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

MALTA, D.C. et al. Acolhimento – uma reconfiguração do processo de trabalho em saúde usuário-centrada. In: CAMPOS, C.R. et al. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte**. Reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, 1998. p. 121-142.

_____. Mudando o processo de trabalho na rede pública: alguns resultados da experiência de Belo Horizonte. **Saúde Debate**, n. 24, p. 21-34, 2000.

MARTINO, M.M.F. Estados emocionais de enfermeiros no desempenho profissional em unidades críticas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 38, n. 2, p. 161-167, 2004.

MARTINS, J.T. **Prazer e sofrimento no trabalho do enfermeiro em Unidades de Terapia Intensiva**: estratégias defensivas. 2008. 199f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

MARTINS, Y.; BICUDO, M.A.V. **A pesquisa qualitativa em psicologia**: fundamentos e recursos básicos. São Paulo: Moraes, 2005.

MARX, K. **O capital**: crítica, economia e política. Livro Primeiro: o processo de produção do capital. 3. ed. São Paulo: Nova Cultura, 1988.

MASSARONI, L. **Estresse dos profissionais da equipe de enfermagem no Centro Cirúrgico**: estudo de suas representações sociais. 2001. 200f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

MENDES, A.M. Comportamento defensivo: uma estratégia para suportar o sofrimento no trabalho. **Revista de Psicologia**, v. 13/14, n. 1/2, p. 27-32, 1999.

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

MENDES, A.M. et al. Validação do Inventário de Trabalho e Riscos de adoecimento – ITRA. In: CONGRESSO DE PSICOLOGIA NORTE, NORDESTE, 4., Salvador, maio 2005.

_____. Da Psicodinâmica à Psicopatologia do trabalho. In: _____. (Org.). **Psicodinâmica do trabalho: teoria, método e pesquisas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007. 368p.

MENDES, A.M.; ABRHÃO, J.I. A influência da organização do trabalho nas vivências e prazer e sofrimento do trabalhador: uma abordagem da psicodinâmica. **Rev. Psicologia – Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 26, n. 2, p. 179-184, 1996.

MENDES, A.M.; CRUZ, R.M. Trabalho e saúde no contexto organizacional: vicissitudes teóricas. In: TAMAYO, A. e cols. **Cultura e saúde nas organizações**. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 39-55.

MENDES, A.M.; MORRONE, C.F. Vivências de prazer – sofrimento e saúde psíquica do trabalho: trajetória conceitual e empírica. In: _____.; BORGES, L.O.; FERREIRA, M.C. (Org.). **Trabalho em transição, saúde em risco**. Brasília: Finatec/Ed. UNB, 2002. p. 25-42.

MENDES, A.M.; TAMAYO, A. Valores e vivências de prazer-sofrimento no contexto organizacional. **PsicoUSF**, v. 6, n. 1, p. 39-46, 2001.

MENDES, N.A.; COSTA, V.P.; BARROS, P.C.R. Estratégias de enfrentamento do sofrimento psíquico no trabalho bancário. **Rev Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 1, p. 59-72, 2003.

MENZANI, G. **Stress entre enfermeiros brasileiros que atuam em pronto socorro, São Paulo**. 2006. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade São Paulo, São Paulo.

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

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

_____. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: _____.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 71-111.

MERHY, E.E. et al. Por um modelo técnico assistencial da política de saúde em defesa da vida: contribuição para as conferências em saúde. **Rev. Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 33, p. 83-89, dez. 1991.

MEZZOMO, J.C. **Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos**. Barueri: Manole, 2001.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1994.

MORRONE, C.F. 'Só para não ficar desempregado' – resignificando o sofrimento psíquico no trabalho: estudo com trabalhadores em atividades informais. 2001. 140f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade de Brasília, Brasília.

MOTA, R.A.; MARTINS, C.G.M.; VÉRAS, R.M. Papel dos profissionais de saúde na Política de Humanização Hospitalar. **Psicol. Estud.**, v. 11, n. 2, p. 323-330, 2006.

NORONHA, R.M. **Projeto de sistematização, atendimento contínuo, regular e escalonado na UPA Oeste (Relatório)**. Belo Horizonte: Unidade de Pronto Atendimento Oeste/Prefeitura de Belo Horizonte, 2003. 107p.

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

OSÓRIO, L.C. **Psicologia grupal: uma nova disciplina para o advento de uma era**. Porto Alegre: Artmed, 2003. 176p.

OLINSKI, S.R; LACERDA, M.R. As diferentes faces do ambiente de trabalho em saúde. **Cogitare Enfermagem**, v. 9, n. 2, p. 43-50, 2004.

PASSOS, E. **Proposta de apresentação dos níveis de composição da PNH**. Rio de Janeiro, 2006.

PALÁCIOS M. **Trabalho hospitalar e saúde mental: o caso de um hospital geral e público no município do Rio de Janeiro**. [dissertação]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social/Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1993.

_____. A saúde mental de quem trabalha em saúde: o caso de um hospital geral do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 2, p. 1-12, 1997.

PALÁCIOS M.; DUARTE, F.; CÂMARA, V.M. Trabalho e sofrimento psíquico de caixas de agências bancárias na cidade do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, n. 30, p. 843-857, 2002.

PALÁCIOS M.; REGO, S.; FERMIN, R.S. A regulamentação brasileira em ética em pesquisa envolvendo seres humanos. In: MEDRONHO, R. **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2002. p. 465-478.

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

PINHEL, J.; KURCGANT, P. Reflexões sobre competência docente no ensino de enfermagem. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 711-716, dez. 2007.

PEREIRA, J.A.S. **Vivências de prazer e sofrimento na atividade gerencial em empresas estratégicas**: o impacto dos valores organizacionais. 2003. 165f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade de Brasília, Brasília.

PINAFO, E.; LIMA, J.V.C.; BADUY, R.S. Acolhimento: concepção dos auxiliares de enfermagem e percepção de usuários em uma unidade de saúde da família. **Rev. Espaço. Saúde**, v. 9, n. 2, p. 17-25, 2008. Disponível em: <http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v9n2/Artigo%2053-2007%20_Editado_.pdf>. Acesso em: 28 abr. 2009.

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

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

_____. **Reestruturação positiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: Annablume, 1999. 253p.

PIRES, D.E.P. Divisão social do trabalho. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org). **Dicionário de educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2006a. v. 1. p. 87- 92.

_____. Divisão técnica do trabalho. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org). **Dicionário de educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2006b. v. 1. p 92-97.

PIRES, O.S. **Tradução para o português e validação de instrumento para triagem em serviço de emergência**. 2006. Tese (Doutorado em Enfermagem) da Universidade de São Paulo, São Paulo.

PITTA, A. **Hospital: dor e morte como ofício**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

POWERS, L.S. Hospital emergency service and the open door. In: WECHSLER, J.H.; MONTAGNE, M.E. (Org.). **Emergency Medical Services: Behavioral and planning perspectives**. New York: Behavioral Publications, 1973. p. 511-560.

QUICK, T.L. **Como desenvolver equipes bem-sucedidas**. 9. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1995.128p.

ROBBINS, S.P. **Administração: mudanças e perspectivas**. São Paulo: Saraiva, 2002.

RODRIGUES, J.M. **Emergências**. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 2002. 309p.

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

RUAS, R. **Efeitos da modernização sobre o processo de trabalho**. Porto Alegre: FEE, 1985.

RUBIN, H.J.; RUBIN, I.S. **Qualitative interviewing: the art of hearing data**. 2. ed. Thousand Oaks, CA: Sage, 1995.

SANTOS, M.L. **O trabalho dos "Anjos de Branco"**: um estudo em hospital geral público. 1995. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

_____. A produção científica (1997-1998) sobre sofrimento psíquico e trabalho hospitalar. **Cadernos saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 71-88, 2000.

SILVA, C.O. **Curar adoecendo**: um estudo do processo de trabalho em busca da saúde, da inventividade e da vida. 1994. 182f. Dissertação (Mestrado) – Ensp, Fiocruz, Rio de Janeiro.

SILVA, S.M. **Sofrimento psíquico e organização do trabalho**: o caso das enfermeiras do setor de Hematologia Clínica e Transplante de Medula Óssea de um hospital universitário do Rio de Janeiro. 2002. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. **Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

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

SANTOS-FILHO, S.B. Perspectivas da avaliação da Política Nacional de Humanização em Saúde, aspectos conceituais e metodológicos. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 9, p. 999-1010, 2007.

SARDÁ JR, J.J.; LEGAL, E.J.; JABLONSKI JR, S.J. **Estresse**: conceitos, métodos, medidas e possibilidades de intervenção. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

SCHOLZE, A.S.; DUARTE JUNIOR, C.F.; FLORES E SILVA, Y. Trabalho em saúde e a implantação do acolhimento na atenção primária à saúde: afeto, empatia ou alteridade?. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 13, n. 31, dez. 2009 .

SCHRAIBER, L.B. **O médico e seu trabalho**: limites da liberdade. São Paulo: Hucitec, 1999.

SELIGMANN-SILVA, E. Psicopatologia e saúde mental no trabalho. In: MENDES, R. (Org.). **Patologia do trabalho**. 2. ed. atual. e ampl. São Paulo: Atheneu, 2003. p. 1141-1182.

SHIMIZU, H.E. **As representações sociais dos trabalhadores de enfermagem não enfermeiros sobre o trabalho em Unidades de Terapia Intensiva em um hospital-escola**. 2000. 345f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

SILVA, C.O. Trabalho e subjetividade no hospital geral. **Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, v. 18, n. 2, p. 26-33, 1998.

SILVA, C.P.; DIAS, M.A.S.; RODRIGUES, A.B. Práxis educativa em saúde dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, supl. 1, p. 1453-1462, 2009.

SILVA, P.C.; MERLO, A.R.C. Prazer e sofrimento de psicólogos no trabalho em empresas privadas. **Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, v. 27, n. 1, p. 132-147, 2007.

SILVA, R.R. **Profissão Pastor**: prazer e sofrimento. Uma análise da Psicodinâmica do trabalho de líderes religiosos pentecostais e tradicionais. 2004. 187f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade de Brasília, Brasília.

SILVEIRA, P.F. Acolher Chapecó. In: FRANCO, T.B. et al. **Acolher Chapecó**: uma experiência de mudança do modelo assistencial com base no processo de trabalho. São Paulo: Hucitec; Chapecó: Prefeitura Municipal, 2004. p 70-78.

SOUZA, W.S; MOREIRA, M.C.N. A temática da humanização na saúde: alguns apontamentos para debate. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 12, n. 25, p. 327-338, 2008.

SOUZA, R.B.; SILVA, M.J.P.; NORI, A. Uma visão sobre a interação entre profissionais de enfermagem e pacientes. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**, v. 28, n. 2, p. 242-249, 2007. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/3169/1740>>. Acesso em: 22 out. 2009.

STACCIARINI, J.M.R.; TRÓCCOLI, B.T. Estresse ocupacional. In: MENDES, A.M.; BORGES, L. de O.; FERREIRA, M.C. (Org.). **Trabalho em transição, saúde em risco**. Brasília: UNB, 2002. p. 187-205.

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

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

TAKEMOTO, M.L.S.; SILVA, E.M. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 331-340, 2007.

TANCREDI, F.B. et al. **Planejamento em saúde**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1999. (Secretaria, Saúde e Cidadania, v. 2).

THOMPSON, J.D. The speciality of emergency nursing. In: MOWARD, L.; RUHLE, D. **Hand book of emergency nursing**. The process approach. Norwalk: Appleton & Lange, 1992.

TOSCANO, L.N.P. **Uma ferramenta integrada de suporte a decisões em casos de emergências médicas hospitalares**. 2001. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

UCHIDA, S. Trabalho informatizado e sofrimento psíquico. **Psicol. USP**, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 179-184, 1998.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA – UEL. **Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná**. 2007. Disponível em: <<http://www.hu.uel.br/index.php?pagina=16&pai=6>>. Acesso em: 15 ago. 2008.

ZARIFIAN, P. O tempo do trabalho: o tempo-devir frente ao tempo especializado. **Tempo Social** – Rev. Sociol. USP, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 1-18, out. 2002.

APÊNDICES

APÊNDICE A
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu sou Fernanda da S. Floter Godoy, enfermeira do HURNPR/UEL e aluna do mestrado em Saúde Coletiva da UEL.

Venho por meio deste convidá-lo(a) a participar de uma pesquisa científica que será realizada para a dissertação do meu trabalho de conclusão de curso, com o título” **PROCESSO DE TRABALHO EM UMA UNIDADE DE EMERGENCIA: percepção dos enfermeiros a partir da implantação do Acolhimento com Avaliação e classificação de Risco.**”Nesta pesquisa tenho como objetivo de Descrever o trabalho dos enfermeiros que atuam em Unidade de Urgência e Emergência a partir da implantação da Cartilha de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco; Identificar os sentimentos de prazer vivenciados pelos enfermeiros que atuam em Unidade de Urgência e Emergência a partir da implantação da Cartilha de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco; Identificar os sentimentos de sofrimento vivenciados pelos enfermeiros que atuam em Unidade de Urgência e Emergência a partir da implantação da Cartilha de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco; Identificar quais estratégias defensivas individuais e coletivas que os enfermeiros que atuam em Unidade de Urgência e Emergência utilizam em situações de sofrimento, a partir da implantação da Cartilha de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco

Gostaria de contar com sua participação, mas como esta participação é voluntária, se você não quiser participar isso não implicará em prejuízos financeiros ou assistenciais para você, nem para sua família. Para participar desta pesquisa não haverá nenhum custo para você ou para o serviço de saúde. Uma vez participante do presente estudo você tem todo o direito de desistir em qualquer momento.

É importante estar ciente de que a pesquisa será feita por meio de entrevistas gravadas e observação, mas todos os dados que forem prestados por você serão anônimos e confidenciais, ninguém saberá que as informações foram fornecidas por você, em momento algum seu nome aparecerá na redação do trabalho. Os dados serão gravados e transcritos e após sua utilização serão destruídos.

Em caso de dúvidas, estas poderão ser esclarecidas com o pesquisador abaixo identificado ou com o Comitê de Ética e Pesquisa da UEL, pelo telefone 3371-2490, às quintas-feiras durante o período da manhã.

Pesquisadora: Fernanda da S. Floter Godoy
e-mail: fernandafloter@hotmail.com
Telefone: (43) 33712311

Orientadora: Mara Lúcia Garanhani
e-mail: maragara@uel.br
Telefone: (43) 33712249

ACEITE:

Eu, _____, RG _____, aceito participar da presente pesquisa e afirmo que fui esclarecido sobre os motivos da realização deste trabalho, os riscos aos quais estou submetido e tenho ciência de que minha participação é voluntária.

Assinatura do participante

Data: ____/____/____

ANEXOS

ANEXO A

Hospital UNIVERSITÁRIO

DIRETORIA DE ENFERMAGEM
DIVISÃO DE DESENVOLVIMENTO E PESQUISA

Londrina, 14 de outubro de 2008

Prezado Senhora:
Fernanda da Silva Flotter Godoy

A Diretoria de Enfermagem do Hospital Universitário de Londrina, autoriza a realização da Pesquisa "ENTRE O PRAZER E O SOFRIMENTO DE SER ENFERMEIRO EM UNIDADE DE EMERGÊNCIA A PARTIR DA IMPLANTAÇÃO DA CARTILHA DE ACOANHAMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO" sob a responsabilidade da Profª Drª Mara Lúcia Garanhanj, conforme metodologia descrita no referido projeto.

Solicitamos que ao término da pesquisa os resultados sejam encaminhados a Diretoria.

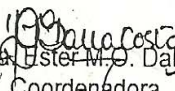
Atenciosamente,


Enfª. Cleuza Catsue Takeda Kuwabara,
Diretora de Enfermagem


Enfª Magali Godoy Pereira Cardoso,
Chefe Divisão de Desenvolvimento e



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS
 Universidade Estadual de Londrina/ Hospital Universitário Regional Norte do Paraná
 Registro CONEP 268

Parecer Nº 229/08 CAAE Nº 0226.0.268.000-08 FOLHA DE ROSTO Nº 224146	Londrina, 03 de abril de 2009.
PESQUISADOR: FERNANDA DA SILVA FLOTER GODOY	
<p>Prezada Senhora:</p> <p>O "Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina/ Hospital Universitário Regional Norte do Paraná" (Registro CONEP 268)– de acordo com as orientações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS e Resoluções Complementares, avaliou o projeto:</p> <p>"ENTRE O PRAZER E O SOFRIMENTO DE SER ENFERMEIRO DE UNIDADE DE EMERGÊNCIA A PARTIR DA IMPLANTAÇÃO DA CARTILHA DE ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO"</p> <p>Informamos que a senhora deverá comunicar, por escrito, qualquer modificação que ocorra no desenvolvimento da pesquisa, bem como deverá apresentar ao CEP/UEL relatório final da pesquisa.</p>	
Situação do Projeto: APROVADO	
<p align="center">Atenciosamente,</p> <p align="center">  Prof.ª. Dra. Ester M.O. Dalla Costa Coordenadora Comitê de Ética em Pesquisa-CEP/UEL </p>	