

**TÂNIA SOLANGE BOSI DE SOUZA MAGNAGO**

**UMA REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE O “MODO DE FAZER” DA  
ENFERMEIRA PERANTE O DOENTE TRAUMATIZADO GRAVE EM UNIDADE  
DE PRONTO-ATENDIMENTO**

**FLORIANÓPOLIS -SC**

**2002**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO EM ENFERMAGEM  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E SOCIEDADE  
MODALIDADE INTERINSTITUCIONAL: UFSC/UFSM/UNIFRA/UNICRUZ**

**UMA REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE O “MODO DE FAZER” DA  
ENFERMEIRA PERANTE O DOENTE TRAUMATIZADO GRAVE EM UNIDADE  
DE PRONTO-ATENDIMENTO**

**TÂNIA SOLANGE BOSI DE SOUZA MAGNAGO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem - Área de concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

**ORIENTADORA: PROF<sup>a</sup> DR<sup>a</sup> ENF<sup>a</sup> ANA LÚCIA CARDOSO KIRCHHOF  
CO-ORIENTADORA: PROF<sup>a</sup> DR<sup>a</sup> ENF<sup>a</sup> CARMEM LÚCIA COLOMÉ BECK**

Florianópolis, maio de 2002

Maio de 2002

**UMA REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE O “MODO DE FAZER” DA ENFERMEIRA  
PERANTE O DOENTE TRAUMATIZADO GRAVE EM UNIDADE DE PRONTO-  
ATENDIMENTO**

**Tânia Solange Bosi de Souza Magnago**

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de:

**Mestre em Enfermagem**

E aprovada na sua versão final em 31 de maio de 2002, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

---

Profª Drª Enfª Denise Elvira Pires de Pires  
Coordenadora do Programa

BANCA EXAMINADORA:

---

Profª Drª Enfª Ana Lúcia C. Kirchhof  
Presidente - orientadora

---

Profª Drª Enfª Maria Tereza Leopardi  
Membro

---

Profª Drª Enfª Cleusa Rios Martins  
Membro

---

Profª Drª Enfª Elisabeta Albertina Nietsche  
Membro Suplente

---

Profª Drª Enfª Maria Bettina Bub  
Membro Suplente

Dedico este trabalho

À Ana Carolina, ao Henrique e ao Fernando, presenças fiéis, amorosas e constantes em todos os momentos... presenças que preencheram minhas tantas ausências e que permitiram esta conquista. Vocês são a fonte e a essência do meu viver. AMO VOCÊS.

À Cristal, Esmeralda, Rubi e Topázio, sujeitos deste estudo, heroínas que labutam em meio a tantas dificuldades... Certamente muitos obstáculos precisam ser vencidos para melhorar as condições de trabalho e assistência, no entanto as suas demonstrações de comprometimento em buscar as transformações necessárias no cotidiano de trabalho me fazem crer que os obstáculos não são intransponíveis.

## AGRADECIMENTOS

Às **Prof<sup>as</sup> Dr<sup>as</sup> Ana Lúcia Cardoso Kirchhof e Carmem Lúcia Colomé Beck**, orientadora e co-orientadora deste trabalho, pela competência; pela capacidade de compilar idéias e de ampliar horizontes; pela confiança que depositaram em mim; pelo constante incentivo e carinho. Nossos momentos de convivências sempre foram permeados por trocas de experiências e de conhecimentos, o que me proporcionou crescimento pessoal e profissional. Obrigada, por apontarem caminhos para a realização deste trabalho.

À **Direção Geral e à Direção de Enfermagem do Hospital em estudo**, por proporcionarem liberação parcial das atividades assistenciais aos trabalhadores pós-graduandos, fato muito importante que nos possibilitou maior tempo de dedicação, de aprofundamento teórico e, conseqüentemente, maior contribuição para a prática assistencial. À Coordenadora da Área de Apoio, **Suzinara Lima**, por permanecer na unidade de emergência possibilitando, desta forma que todas as enfermeiras participassem dos encontros.

À **FAPERGS**, pelo apoio; **aos professores** pela amizade, pela sabedoria, pelas trocas de conhecimento e especialmente à Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> **Vera Real Lima Garcia** pela competência e empenho em tornar este Curso de Mestrado possível.

Às professoras que compuseram a Banca Examinadora (**Prof<sup>as</sup> Dr<sup>as</sup> Maria Tereza Leopardi, Cleusa Rios Martins, Elisabeta Albertina Nietzsche, Maria Bettina Bub e Dda Maira Thofehr**n), por aceitarem o convite, pelas contribuições e sugestões construtivas que certamente melhoraram a qualidade deste estudo. Obrigada!

À **Profª Drª Tamara Cianciarullo** pelas valiosas contribuições durante o exame de qualificação. Seus conhecimentos e sugestões enriqueceram esta construção e fortaleceram a sua continuidade.

Às colegas do Curso de Mestrado: **Ana Marta, Adriana, Ângela, Carla, Cláudia, Cenira, Cristina, Cristiane, Evanir, Ethel, Liliane, Maria Luíza, Margarete, Michele, Mara, Nara, Neida, Silvana, Suzinara, Tânia**, pela convivência, pela amizade e pelas trocas valiosas e, em especial, à **Janete de Souza Urbanetto** colega, amiga e irmã; pessoa batalhadora, vencedora de muitos desafios e exemplo de competência profissional; à **Janete Denardin**, amiga e colega em todos os momentos, que me auxiliou a enfrentar as adversidades dessa caminhada e à **Vânia Pradebom**; já éramos colegas, mas aprendi a conhecê-la melhor e a admirá-la por seus posicionamentos, por sua competência e por seu coleguismo.

Às acadêmicas de enfermagem **Adriana Fioravante Regina e Fernanda Machado da Silva**, pela colaboração no desenvolvimento dos encontros, pela convivência e pelo crescimento mútuo. Para ser um bom profissional é preciso ir além do cumprimento das tarefas acadêmicas, vocês demonstram tal compromisso. Agradeço também às acadêmicas **Carla Marques, Fernanda Beck, Cláudia Capellari** pelo apoio e empenho durante a dramatização e ao **Michel Dutra** pela importante colaboração na elaboração do perfil epidemiológico das internações na unidade de pronto-atendimento.

À toda **equipe do pronto-atendimento**, pelo apoio, pelo incentivo constante e carinhoso. Vocês são pessoas muito especiais. Cuidadores que, muitas vezes, mesmo não sendo totalmente cuidados, continuam cuidando com muito primor àqueles que ali chegam.

Às **enfermeiras**, sujeitos deste estudo, pela disponibilidade, pelo compartilhamento de suas experiências, que me permitiram conhecer melhor a organização do trabalho em que estão inseridas e, agradeço, principalmente, por tornarem possível esta reflexão.

Aos **autores pesquisados**, principalmente à **Beatriz Capella e Maria Tereza Leopardi**, pelo comprometimento com o ser humano traduzido nos

diversos escritos, pela competência e pela clareza na escrita, o que muito facilitou minha análise no decorrer do dados emergidos.

A meu pai **José Wilmar** (in memoriam), apesar dos poucos anos de convívio neste plano, deixou para os filhos o exemplo da perseverança, da honestidade e do amor à vida e, agradeço especialmente a minha mãe **Adelina** pela dedicação, pelo carinho, pelo exemplo de coragem e de infinito amor.

Aos **meus irmãos e familiares**, pelo constante incentivo, pelo carinho, pela compreensão e pelos exemplos de luta e solidariedade.

Aos meus sogros, **Maria Elisa e Augusto Luiz**, sempre presentes me auxiliando e me encorajando a prosseguir e ainda acalentaram meus filhos em todos os momentos. Muito abrigada.

Ao **Fernando**, ao **Henrique** e a **Ana Carolina**, pelo apoio e pela compreensão. Em meio a toda a minha ansiedade, nos instantes em que me sentia “perdida” e sem rumo, vocês foram meu norte, meu porto seguro e minha luz.

À **Marta**, minha secretária, pelo apoio, pela disponibilidade, pela amizade e pelo carinho destinados aos meus filhos, que me possibilitou maior tranqüilidade durante essa caminhada.

À **Benildes Mazzorani** e ao **Dr. Ewerton Moraes**, pelo constante incentivo, pelo apoio e pelo compartilhamento de materiais bibliográficos.

A todas as pessoas que, de uma forma ou outra, compartilharam comigo esta caminhada

MUITO ABRIGADA!

## RESUMO

## UMA REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE O “MODO DE FAZER” DA ENFERMEIRA PERANTE O DOENTE TRAUMATIZADO GRAVE EM UNIDADE DE PRONTO-ATENDIMENTO

Autora: Tânia Solange Bosi de Souza Magnago  
Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ana Lúcia Cardoso Kirchhof  
Co-orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Carmem Lúcia Colomé Beck

O presente estudo relata e analisa um processo crítico-reflexivo com um grupo de enfermeiras de pronto-atendimento de um hospital geral, a partir das questões norteadoras: *qual é o “modo de fazer” da enfermeira perante o doente traumatizado grave? o que pensam as enfermeiras sobre esse “modo de fazer”? quais são as possibilidades e os limites institucionais e profissionais para o desenvolvimento de um atendimento ético e de qualidade ao doente traumatizado grave?*. Tal processo foi organizado e construído a partir de reflexões sobre o cotidiano de trabalho, no qual adotei como referencial teórico a Teoria Sócio-humanista de Capella e Leopardi(1999), adaptando as etapas metodológicas, de forma a contemplar as necessidades do sujeito trabalhador, incluindo-se aí a organização do trabalho. Nessa perspectiva, por meio do diálogo e da problematização da realidade, focalizei situações individuais, coletivas e institucionais, o que levou o grupo à uma reflexão crítica, e a buscar caminhos para desencadear mudanças no cotidiano, por meio da adoção de ações de manutenção, de reparação e de encaminhamento, tendo em vista os elementos do processo de trabalho da enfermagem. Dentre as limitações encontradas, destacam-se, principalmente, os aspectos relacionados ao ambiente físico inadequado e ao número reduzido de profissionais; como possibilidades, apresentam-se a sistematização das ações assistenciais e o desenvolvimento de algumas estratégias para o enfrentamento das dificuldades. Conclui que a transformação da prática profissional não acontece solitariamente, pois corresponde a uma caminhada em que responsabilidades são compartilhadas no decorrer de cada ação, necessitando, portanto, de empenho, de vontade, de aderência e de parceria, ou seja, de um trabalho mais coletivo e de um pensar estratégico.

Universidade Federal de Santa Catarina  
Curso de Pós-graduação em Enfermagem  
Dissertação de Mestrado em Enfermagem – Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade  
Florianópolis - SC, 31/05/2002.

## ABSTRACT

## A CRITICAL REFLECTION ON THE NURSE'S "WAY OF DOING" BEFORE THE PATIENT WITH SERIOUS TRAUMA IN AN EMERGENCY UNITY.

Author: Tania Solange Bosi de Souza Magnago

Adviser: Ana Lucia Cardoso Kirchhof

Co-adviser: Carmem Lucia Colome Beck

This study reports and analyzes a critical reflective process among a group of nurses, during their working experiences in an emergency unit of a general hospital. Their discussion were orientated by some questions, such as: What is the nurse's "way of doing" before the patient with serious trauma? What do nurses think about such behavior? What are the professional and institutional possibilities and limitations to develop an ethical and high quality care to the patient with serious trauma? Such process, which was developed and organized through some reflections about daily work, was based on Capella's and Leopardi's socio-humanistic theories (1999). The methodological steps were adapted in order to guarantee not only the workers' needs, but also their working organization. Under this perspective, through dialogue and questioning of reality, some individual, collective and institutional situations were focused, which led the group to a critical reflection, and also to a search for ways to trigger changes in the daily work, through the adoption of actions of maintenance, repairing and guidance, aiming the elements of nursing working process. Inadequate facilities and small number of professionals in the area were found as main limitations. As to the possibilities, the systematization of assistance actions and development of some strategies to face such shortcomings were presented. It was concluded that a change in the professional practicum does not happen by itself; on the contrary, it is the result of a process of getting together, finding common ways, sharing help and possibilities as well as limitations in the course of actions. Therefore, there is need for effort, will power, consent and partnership; in other words, a collective work and strategic thinking.

Federal University of Santa Catarina  
Graduate Program in Nursing  
Master's Thesis in Nursing  
Major: Philosophy, Health and Society  
Florianópolis, Santa Catarina, Brazil  
2002.05.31

## SUMÁRIO

<b>LISTA DE FIGURAS</b> .....	Xi
<b>LISTA DE TABELAS</b> .....	Xii
<b>LISTA DE APÊNDICES</b> .....	Xiii
<b>LISTA DE ANEXOS</b> .....	Xiii
<b>RESUMO</b> .....	Vii
<b>ABSTRACT</b> .....	Viii
<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	1
1.1 – Objetivo.....	8
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	9
2.1 – Os Serviços de Emergência.....	9
2.2 – O Atendimento ao Doente Traumatizado Grave.....	11
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	25
3.1 – A Teoria Sócio-humanista.....	25
3.2 – O Marco Conceitual.....	31
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	41
4.1 – O Contexto do Campo de Estudo.....	42
4.2 – Os Sujeitos envolvidos.....	50
4.3 – O Planejamento das Atividades para a Implementação do Processo Crítico-reflexivo com as Enfermeiras.....	51
<b>5 RELATO E DISCUSSÃO DO PROCESSO CRÍTICO-REFLEXIVO</b> .....	68
5.1 – Fase A – Compreensão do Sujeito Trabalhador.....	68
5.2 – Fase B – Descobertas de Caminhos e observação do “Modo de	

Fazer” da Enfermeira.....	85
5.3 – Fase C – Identificação das Possibilidades e das Dificuldades na Execução do Trabalho da Enfermeira.....	102
5.4 – Fase D – O Caminhar para a (re)organização do Trabalho da Enfermeira.....	129
5.5 – Fase E – Avaliação do Processo Crítico-reflexivo.....	139
<b>6 CONCLUSÕES.....</b>	<b>142</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>154</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>159</b>
<b>ANEXO.....</b>	<b>182</b>

## LISTA DE FIGURAS

<b>FIGURA 1</b> –	Representação gráfica dos níveis de relação entre os seres humanos e entre eles e seu meio, da Teoria Sócio-humanista.....	30
<b>FIGURA 2</b> –	Desenvolvimento do processo de caminhar juntas, um “modo de fazer” da enfermeira perante o doente traumatizado grave, em sala de emergência.....	38
<b>FIGURA 3</b> –	Mapa demonstrativo dos municípios da área de abrangência de atendimento do hospital em estudo.....	45
<b>FIGURA 4</b> –	Internações hospitalares no PA, conforme urgência e emergência adulto e pediátrica e sexo, no período de jan./dez., 2001.....	46
<b>FIGURA 5</b> –	Internações hospitalares no PA, conforme diagnóstico de emergência clínica ou traumática, no período de jan./dez., 2001.....	47
<b>FIGURA 6</b> –	Doentes traumatizados atendidos no PA, conforme faixa etária, no período de jan./dez., 2001.....	48
<b>FIGURA 7</b> –	Óbitos ocorridos no PA, de acordo com o tempo de internação, no período de jan./dez., 2001.....	49
<b>FIGURA 8</b> –	Diagrama das etapas metodológicas do processo crítico-reflexivo.....	53
<b>FIGURA 9</b> –	O compromisso.....	63
<b>FIGURA 10</b> –	Sujeito trabalhador, considerando: tempo de conclusão do curso superior, tempo de trabalho na instituição, no PA e outras funções exercidas.....	69
<b>FIGURA 11</b> –	Fluxograma de atendimento dos doentes traumatizados graves que chegaram ao PA.....	81

<b>FIGURA 12</b> – Relação das atividades privativas da enfermeira no PA, atividades que podem ser delegadas e atividades realizadas pela enfermeira que não competem à ela.....	99
<b>FIGURA 13</b> – Dificuldades encontradas para o desenvolvimento do trabalho da enfermeira na unidade de urgência e emergência.....	104
<b>FIGURA 14</b> – “Transformar é preciso”.....	107
<b>FIGURA 15</b> – Facilidades encontradas para desenvolvimento do trabalho da enfermeira na unidade de urgência e emergência.....	116
<b>FIGURA 16</b> – Ações de manutenção, de reparação e de encaminhamento observadas pelas enfermeiras ante ao elemento – Finalidade do trabalho.....	133
<b>FIGURA 17</b> – Ações de manutenção, de reparação e de encaminhamento instituídas pelas enfermeiras ante ao elemento – objeto de trabalho.....	134
<b>FIGURA 18</b> – Ações de manutenção, de reparação e de encaminhamento observadas pelas enfermeiras ante ao elemento – força de trabalho.....	135
<b>FIGURA 19</b> – Ações de manutenção, de reparação e de encaminhamento observadas pelas enfermeiras ante ao elemento – instrumento de trabalho.....	137

#### LISTA DE TABELAS

<b>TABELA 1</b> – Dias de internação (mínimo e máximo) dos doentes traumatizados no PA, no período de jan./dez., 2001.....	47
<b>TABELA 2</b> – Doentes traumatizados adultos e pediátricos atendidos no PA, conforme destino após atendimento, no período de jan./dez., 2001.....	48

## LISTA DE APÊNDICES

<b>APÊNDICE 1</b>	– Consentimento livre e esclarecido.....	160
<b>APÊNDICE 2</b>	– Ofício encaminhado à direção de enfermagem.....	162
<b>APÊNDICE 3</b>	– Roteiro de observação de campo.....	164
<b>APÊNDICE 4</b>	– Dramatização do atendimento observado.....	166
<b>APÊNDICE 5</b>	– Roteiro para identificação das dificuldades.....	171
<b>APÊNDICE 6</b>	– Roteiro para identificação das facilidades.....	173
<b>APÊNDICE 7</b>	– Roteiro para identificação dos pontos fortes, fracos e implicações éticas.....	175
<b>APÊNDICE 8</b>	– Técnica “Dizendo o que sinto” .....	177
<b>APÊNDICE 9</b>	– Documento encaminhado à direção de enfermagem elaborado a partir das ações de encaminhamento.....	179

## LISTA DE ANEXO

<b>ANEXO 1</b>	– Resumo do trabalho apresentado na VI Jornada de Produção Acadêmica e II Mostra de Especialização em Projetos Assistenciais de Enfermagem.....	183
----------------	---	-----

## 1 INTRODUÇÃO

A construção desta dissertação de Mestrado partiu de um processo de reflexão crítica, realizado durante o desenvolvimento da disciplina Prática Assistencial, com um grupo de enfermeiras de pronto-atendimento. Esse processo foi permeado por questionamentos e reflexões sobre: quais as dificuldades e as facilidades que constituem o desenvolvimento do trabalho da enfermeira na unidade de emergência, enfocando especificamente o doente<sup>1</sup> traumatizado grave; quais as necessidades dessas profissionais e quais as possibilidades de transformação da práxis cotidiana, com vistas a adoção de ações de manutenção, de reparação e de encaminhamento, referentes aos elementos do processo de trabalho em enfermagem, quais sejam: finalidade, objeto, instrumentos e força de trabalho.

Ao empreender este estudo, não tive a pretensão de buscar soluções para todos os problemas levantados pelo grupo; mas o cuidado, junto com as enfermeiras, de pensar criticamente o trabalho desenvolvido na unidade de pronto-atendimento; de identificar algumas estratégias necessárias para uma intervenção eficaz, que contribuíssem para a construção de um “modo de fazer” da enfermeira perante o doente traumatizado grave.

---

<sup>1</sup> O trauma, na década de 60, foi denominado pela Academia Nacional de Ciências dos EUA como: “doença negligenciada pela sociedade” (NETTO e GOMES, 2001, p.17). Hoje, o trauma continua matando e incapacitando pessoas em uma proporção cada vez maior; entretanto, ainda, pouco sensibiliza e mobiliza a sociedade e os governos que, por meio da prevenção poderiam diminuir os dados epidemiológicos dessa doença. Santos e Santos Jr (2001, 485) classificam o trauma como “a doença do século XXI”. Nesse estudo, ao invés de caracterizar o traumatizado grave como ‘paciente’ ou ‘cliente’, termos usualmente utilizados para denominar os usuários de instituições de saúde, intitularei o traumatizado grave como ‘doente traumatizado grave’, a fim de enfatizar que ele é um doente e que essa doença deve ser encarada como um dos maiores problemas de saúde pública e de economia a ser enfrentado.

O setor de atendimento de urgência e emergência deve estar muito bem preparado para o pronto atendimento ao doente traumatizado grave, devido ao caráter súbito das lesões. Dentre estes preparativos, destacam-se a infraestrutura e a tecnologia adequadas e, também, trabalhadores capacitados nesta área e em quantidade suficiente para que garantam a qualidade no atendimento prestado. Torna-se mais relevante este atendimento quando se observa que o trauma é a principal causa de óbito nas populações com idade inferior a 40 anos, em países desenvolvidos. Em populações com idade superior a 40 anos, o trauma corresponde à terceira causa de morte (CASANOVA *et al*, 1996). De acordo com Soares (2000, p.4), “a cada hora, 13 brasileiros morrem por trauma e 39 sobrevivem com seqüelas”. Ainda, de acordo com essa autora,

o trauma mata, por ano, 3,5 milhões de pessoas no mundo e 120 mil brasileiros. É a primeira causa de mortes em pessoas com idade abaixo de 40 anos e a terceira causa de mortes em geral no país. Por ano, deixa mais de 300 mil incapacitados definitivos, exigindo cerca de 2 milhões de internações hospitalares, consumindo até 15 bilhões dos cofres públicos e atinge principalmente os homens (p.4).

Na prática, os serviços de emergência têm assumido um importante papel por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), pois, além de receber a demanda que lhe é devida, isto é, casos de urgência e emergência, eles ainda se envolvem em um emaranhado de atendimentos considerados eletivos, que não são absorvidos pelos serviços de atenção primária à saúde. Essa situação, além de gerar grandes aglomerados de pessoas nesses locais de pronto-atendimento e causar sobrecarga para os profissionais que aí trabalham, tem contribuído para que a sociedade e os profissionais de saúde o caracterizem e o denominem como “caos na saúde” (STEIN, 1998).

Compreendo, amparada em Brito *et al* (1998), que a concepção de urgência e emergência orienta a organização e o funcionamento dos serviços de pronto-atendimento. No entanto, o atendimento de casos eletivos tem se tornado uma característica do serviço desses locais no Brasil (BRITO *et al*, 1998; STEIN, 1998; CAMPOS, 2000). Mesmo que tais serviços tenham o papel essencial de tratar os casos que apresentem risco de vida, eles também atendem muitos em condições consideradas não graves.

Estudos realizados na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre e no Hospital de Clínicas de Porto Alegre demonstraram que em torno de 70% das consultas realizadas em seus serviços de emergência poderiam ter sido atendidas nos serviços de atenção primária (Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, 1993). Também, dados estatísticos do Plano Municipal de Saúde do Município de Santa Maria (PMS) revelam a pouca resolutividade dos serviços oferecidos nas Unidades Básicas de Saúde, uma vez que 57,66% do total das consultas médicas realizadas, na rede básica do município, estão concentradas nos serviços de pronto-atendimento (PMS, 2000). Indicadores mensais do pronto-atendimento (PA) do Hospital em estudo demonstram que, no ano de 2001, a taxa de ocupação dos leitos dessa unidade variou entre 163,9% e 241,7%, com uma média de ocupação de 194,87%, perfazendo um total de 3.941 internações (Relatório de Estatística, 2002). Ou seja, a unidade de emergência teve uma média de 23 doentes/dia. No entanto, conta com uma infra-estrutura para atender adequadamente somente 12 destes 23 doentes.

De acordo com as afirmações de Campos (2000), 85% dos problemas de saúde da população podem ser resolvidos na rede de atenção básica de saúde. Corroboram, nesse sentido, estudos realizados por Stein (1998). Estes revelam que o percentual de atendimento nos serviços de emergência deve permanecer em torno de 15% do total de atendimentos no município. Porém, a implementação de políticas de saúde desprovidas de embasamento epidemiológico e direcionadas a um atendimento imediatista – pouco resolutivo, mas altamente acessível –, origina uma ênfase na utilização dos serviços de emergência, que passaram a se caracterizar por imensas filas, corredores transformando-se em locais de internação e de doentes mal acomodados em macas ou cadeiras, ocasionando uma alta taxa de ocupação hospitalar.

Essa “organização” tem trazido conseqüências desfavoráveis à prática assistencial dos trabalhadores de saúde, em especial aos de enfermagem, que enfrentam dificuldades quanto ao desenvolvimento de uma metodologia que possa garantir um atendimento com qualidade aos doentes que chegam à emergência.

No decorrer de minha experiência profissional em serviço de pronto-atendimento, tenho realizado algumas reflexões sobre o processo de trabalho nessas unidades. Dentre tais reflexões, destaco a importância da utilização de uma metodologia da assistência de enfermagem ao doente traumatizado, especialmente no que diz respeito ao atendimento de urgência e emergência.

Com relação a utilização de uma metodologia de assistência, Leopardi (1995, p. 12) nos coloca de que “embora os enfermeiros expressem o cuidado como específico da enfermagem, não desejam que isto se constitua em ‘tarefagem’; buscam assumir seu papel intelectual e indicam a utilização de método como a melhor alternativa para realizá-lo”. Ainda, para a mesma autora, o uso do método resulta não só em organização e controle da assistência, mas também em melhora na qualidade da assistência prestada.

Para essa nova organização do processo de trabalho há a exigência de um profissional qualificado que assuma não só o seu papel de gerente, mas também o de cuidador, reunificando as ações a serem desenvolvidas junto ao doente no tratamento de suas enfermidades.

Assim, a razão de eu ter optado pelo “modo de fazer” da enfermeira perante o doente traumatizado grave, que chega à sala de emergência, foi, sem dúvidas, o fato de ele ser um “sujeito portador de carências de saúde”<sup>2</sup> que, em dado momento de sua vida, por alguma circunstância, ele se encontra em sofrimento agudo, ocasionado pelo trauma, necessitando de atendimento imediato e qualificado, para que haja a manutenção de sua vida e ausência de iatrogenias<sup>3</sup>.

---

<sup>2</sup> Para Capella e Leopardi (1999, p. 145), “**sujeito portador de carências de saúde** é um ser humano que, em seu percurso de vida, por alguma circunstância, necessita da intervenção dos serviços de saúde, submetendo-se à intervenção dos profissionais de saúde. Esse indivíduo pertence à espécie humana, portanto com características naturais, históricas, sociais e se relaciona com outros homens, mas é único, particular”.

<sup>3</sup> O termo *iatrogenia* deriva das palavras gregas: *iatro*, que se refere a remédio ou ação médica, e *genia* que significa originada por, ou gerada por. Literalmente, o termo designa a doença, dano ou prejuízo resultante da ação médica inadequada ou insatisfatória (MADALOSO, 1998). Ultimamente, verifica-se a extensão do termo à atuação de outras categorias profissionais da área de saúde e, dentre elas, a enfermagem devido ao crescente número de intervenções desta categoria e que os têm exposto ao risco de se envolverem em situações iatrogênicas.

A enfermeira<sup>4</sup> foi escolhida como sujeito do estudo, por eu a considerar detentora de um papel muito importante nesse primeiro atendimento, pois a ela cabe a organização da assistência de enfermagem, não somente no sentido de como realizá-la cada vez melhor, mas de como administrá-la na lógica da qualidade. Ela é parte importante de um processo coletivo, em que o cuidado prestado contribui para a manutenção da integralidade da assistência. Nessa organização do trabalho, a enfermeira dispõe de instrumentos metodológicos que podem dar uma forma específica à assistência e, por essa razão, implicam num modo de fazer o seu trabalho.

Como profissional lotada desde 1998 no pronto-atendimento em estudo, e após ter ingressado no Curso de Mestrado em Enfermagem, cada vez mais se salientaram, no meu cotidiano, as limitações que todas nós, enfermeiras, enfrentamos para o desenvolvimento de um processo de enfermagem, quais sejam:

- **déficit de enfermeiros, técnicos e auxiliares:** a escala de enfermagem conta com uma enfermeira e uma média de três a quatro técnicos ou auxiliares por turno. A enfermeira é responsável tanto pelos atendimentos dos doentes que chegam nas salas de emergência (adultos e pediatria), quanto pelos que continuam em observação no PA.

Embora o número de leitos no PA seja 12, a média de doentes internados geralmente é o dobro. A permanência destes, neste local, se deve à falta de leitos no Centro de Terapia Intensiva ou nas unidades de internação. Essa situação ocasiona não só uma sobrecarga de atividades à equipe, dificultando o desenvolvimento de uma assistência de enfermagem que satisfaça as necessidades dos usuários, como também muito sofrimento para tal equipe. Muitas vezes, dão entrada no serviço, concomitantemente, várias emergências, tanto de crianças como de adulto. Neste caso, como é única na escala, a enfermeira necessita optar a quem irá atender primeiro.

---

<sup>4</sup> A partir deste momento, passo a utilizar o termo enfermeira, pois os profissionais do serviço estudado são constituídos, na totalidade, por enfermeiras, justificando, desta forma, o uso do termo no feminino.

- **infra-estrutura inadequada, insuficiência de recursos técnicos imprescindíveis a uma sala de emergência,**

- **ausência de sistematização quanto à recepção dos doentes em situação de urgência e emergência, que acontece de diversas formas:** a enfermeira é comunicada da chegada de uma emergência pelo recepcionista e a equipe de enfermagem recebe o doente na ambulância; o profissional que o transportou adentra, com ele, à sala de emergência sem comunicação prévia dos recepcionistas à enfermagem; é realizada a comunicação prévia, por contato telefônico, ao médico plantonista da unidade; ou ainda, o doente é transportado sem nenhuma comunicação prévia por parte da instituição que o está referenciando.

- **falta de sistematização no atendimento prestado:** não existe **um** “modo de fazer”, existem **modos** de fazer; pois, após a recepção, é realizado o primeiro atendimento pelo médico e pela equipe de enfermagem, no qual as ações prestadas variam de acordo com o médico plantonista.

Em face ao exposto, por perceber que as soluções para alguns desses procedimentos estão dentro da nossa esfera de governabilidade, decidi direcionar este estudo no sentido de melhor conhecer o “modo de fazer” nosso trabalho, uma vez que também sou enfermeira desta unidade, e desejo contribuir na organização dele. Para tanto, me propus a realizar um trabalho em conjunto com as enfermeiras desse setor, por meio do exercício da reflexão crítica sobre a realidade da assistência de enfermagem, na unidade de emergência, que possibilitasse a geração de novos conhecimentos. Pretendia, ainda, que estes conhecimentos fossem capazes de servir como instrumentos de intervenção no cotidiano de nossa prática assistencial, pois acredito que a enfermeira, ao problematizar seu cotidiano, pode iniciar um processo de descobertas que possibilita uma modificação contínua, tanto de sua prática quanto de sua realidade de trabalho.

Baseada nessas considerações, busquei enriquecer e facilitar pedagogicamente a tarefa de conhecer o “modo de fazer” da enfermeira, respaldando-me na Teoria Sócio-humanista de Beatriz Capella e Maria Tereza

Leopardi, que elege como foco central – **a valorização do sujeito** (doente e trabalhador) e **a valorização do trabalho** (CAPELLA e LEOPARDI, 1999). Procurei focar o trabalhador enquanto objeto deste estudo, numa perspectiva de um ser humano inteiro, global, “naquilo que ele tem de sua sociabilidade e subjetividade” (CAPELLA e LEOPARDI, 1999, p. 139), buscando, por meio da análise do modo de fazer o trabalho dessas enfermeiras, formas de sistematizar e dar visibilidade a esse trabalho.

Ao escolher por considerar a enfermeira como objeto de estudo, precisei adaptar as etapas metodológicas preconizadas pela Teoria Sócio-humanista, as quais estão voltadas ao sujeito portador de carências de saúde. Ao estudar essa teoria, percebi que, para que o doente receba um atendimento de qualidade e seja visualizado em sua integralidade e, também, para que os trabalhadores (enfermeiras) tenham o seu trabalho valorizado, é imprescindível que eles pensem criticamente tal trabalho.

Neste sentido, alicerçada nos pressupostos e nos conceitos da Teoria Sócio-humanista, construí etapas metodológicas que propiciaram às enfermeiras não só refletir sobre o que dificulta e o que facilita seus trabalhos, como também pensar sobre o que é possível mudar neles, no cotidiano. Com base nessas reflexões, as enfermeiras adotariam ações de manutenção, de reparação e de encaminhamento.

Assim, considerando a problemática das unidades de emergência, descrita anteriormente, surgiram alguns questionamentos norteadores deste estudo: **qual é o “modo de fazer” da enfermeira no pronto-atendimento perante o doente traumatizado grave? o que pensam as enfermeiras sobre tal “modo de fazer”? quais são as possibilidades e os limites profissionais e institucionais para o desenvolvimento de um atendimento qualificado e ético ao doente traumatizado grave?**

A partir dessas reflexões, é assinalado, a seguir, o objetivo deste estudo.

### 1.1 - Objetivo

- Desenvolver um processo crítico-reflexivo junto com as enfermeiras do pronto-atendimento sobre o “modo de fazer” da enfermeira perante o doente traumatizado grave em sala de emergência, à luz do referencial teórico da Teoria Sócio-humanista de Beatriz Beduschi Capella e Maria Tereza Leopardi.

Para alcançar este objetivo, senti a necessidade de conhecer o que já está publicado sobre os serviços de urgência e emergência, especialmente no que pode ser melhorado pelo trabalho da enfermeira. Como resultado dessa busca, apresento, a seguir, a revisão da literatura.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

Este capítulo concentra a revisão de literatura no que diz respeito à falta de resolutividade na rede básica de saúde e a superlotação nos serviços de urgência e emergência, abordando a sobrecarga de atividades dos profissionais e a desumanização no atendimento. Na continuidade, inclui o atendimento ao doente traumatizado grave, considerando especialmente as contribuições de Pavelqueires (1996) e do Comitê de Trauma do Colégio Americano de Cirurgiões (1997), na intenção de ressaltar os conteúdos mais significativos dessa discussão.

### 2.1 - Os Serviços de Emergência

No Sistema Único de Saúde (SUS), a rede básica de serviços de saúde não tem conseguido se tornar a “porta de entrada” mais importante para o sistema, visto que a entrada principal continua sendo os hospitais, por meio de seus serviços de urgência e emergência e de seus ambulatórios (CECÍLIO, 1997). Os pronto-atendimentos, sempre lotados, são a fotografia mais expressiva dessa situação.

Segundo o mesmo autor, todos os levantamentos realizados a respeito do perfil da morbidade da clientela atendida nos pronto-socorros mostram que a maioria dos atendimentos é de patologias consideradas “simples”, que poderiam ser realizados no nível das unidades básicas de saúde.

A Constituição, aprovada em 1988, resgatou a proposta da VIII Conferência Nacional de Saúde e criou o Sistema Único de Saúde; regulamentado,

posteriormente, pelas Leis Orgânicas de Saúde nº 8.080 e nº 8.142, de 1990. A criação do SUS reorienta a política de saúde, a partir de princípios como universalidade, integralidade, direito à informação, equidade e participação social, contidos no artigo 7º da Lei 8.080, capítulo II, dos princípios e diretrizes. Mazzorani (2000) relata que, apesar da saúde estar definida como “Um direito de todos e um dever do Estado”, na Constituição, é possível perceber que, ainda hoje, o sistema de saúde tem se caracterizado pela ineficiência, pela ineficácia, gerando insatisfação na população.

Conforme Cecílio(1997), a crise no setor da saúde decorrente do desmonte do setor público, da redução de recursos destinados à saúde e do aumento da demanda – devido às precárias condições sociais e econômicas em que vive a grande maioria da população brasileira –, tem determinado uma verdadeira explosão de demanda aos hospitais universitários. Esse fato tem desvirtuado a real função dos hospitais de ensino, como centro de formação e desenvolvimento de novos conhecimentos e novas propostas educacionais, com o risco iminente de se transformarem em instituições assistenciais, somente.

Ainda, para o mesmo autor, as más conseqüências do grande volume de atendimento realizado nessas instituições, consideradas como de “nível primário”, não são poucas: além da tensão sempre presente nos locais onde é feito o atendimento de urgência e emergência – resultando em estresse e desgaste dos trabalhadores de saúde, em desconforto e desgaste dos usuários –; no atendimento prestado de forma inadequada, os usuários acabam sendo atendidos, após longas esperas, de forma impessoal e rápida.

O ideal é que chegassem às unidades de urgência e emergência apenas as pessoas portadoras de sofrimento agudo (infarto agudo do miocárdio, traumas, quadros infecciosos agudos, entre outros), para que o atendimento se realizasse com menos desconforto e desgaste, tanto para os trabalhadores de saúde, quanto para os usuários. É o que se poderia afirmar, pelas palavras de Cecílio (1997, p. 473), como “a utilização da tecnologia certa, no espaço certo e no momento certo”. Resta saber se a tecnologia do atendimento para o usuário é a melhor.

Nesta mesma perspectiva, considerando a modalidade de trabalho – cujo objeto é constituído por uma quantidade de pessoas que chega à unidade a qualquer momento do dia, conduzida por terceiros ou desacompanhada, ou referenciada por outras unidades de saúde, que apresenta sinais e sintomas sugestivos de risco de vida, que necessita de atendimento imediato –, percebo ser relevante fazer a distinção entre os conceitos de atendimento de urgência, atendimento de emergência e atendimento eletivo. Cabe reiterar que os conceitos de urgência e emergência estão contidos na Resolução nº 1.451/95, aprovada durante o I Encontro dos Conselhos de Medicina, realizado em São Paulo, em 10 de março de 1995.

**ATENDIMENTO DE URGÊNCIA:** faz-se necessário na ocorrência imprevista de agravo à saúde, com ou sem risco de vida, que precisa de atendimento imediato em até 24 horas. Por exemplo: fratura fechada de fêmur, luxação, fratura de clavícula, fratura de arcos costais sem comprometimento pleural, entre outros.

**ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA:** faz-se necessário diante de uma condição de agravo à saúde, com risco iminente de vida ou sofrimento intenso, a qual necessita de atendimento imediato, a fim de evitar complicações graves ou fatais. Por exemplo: traumatismo crânio encefálico, fratura exposta com lesão vascular, amputação traumática, pneumotórax hipertensivo, entre outros.

**ATENDIMENTO ELETIVO:** quando o atendimento pode ser programável, porque a condição de agravo à saúde não necessita de atendimento imediato. Por exemplo: dores crônicas.

Nessa ótica, os portadores de traumas graves necessitam de atendimento imediato, a fim de estabilizar os agravos à sua saúde, para protegê-los de danos maiores a suas funções vitais, restabelecendo, tão logo quanto possível, a autonomia e a participação na assistência prestada.

## 2.2 - O Atendimento ao Doente Traumatizado Grave

A palavra “trauma” tem, em medicina, um duplo significado. Um, introduzido por Freud, diz respeito à dimensão psicológica; o outro refere-se ao agravo físico. Este último está relacionado à lesão ou ao conjunto de lesões causadas por agentes externos, que podem levar à morte. Por exemplo: trauma torácico, trauma craniano, trauma abdominal, entre outros. Com frequência, os dois tipos de trauma estão interligados. Nesta revisão, será dada maior ênfase ao trauma físico, pois, em sala de emergência, atua-se principalmente no reparo imediato aos danos ocasionados por esse tipo de trauma, na tentativa de diminuir as seqüelas e restabelecer, o mais rapidamente, as condições de vida para o doente traumatizado.

Para Casanova *et al* (1996), os traumas constituem um problema de saúde pública importante, por atingirem predominantemente pessoas que estão na fase produtiva de suas vidas, trazendo, assim, uma perda de potencial humano associado a um elevado custo social, pois uma grande parcela de doentes necessitam ficar afastados de suas atividades cotidianas até atingir completa recuperação.

Nos EUA, o trauma é a maior ameaça à vida e à saúde de indivíduos jovens; e, nos idosos, o trauma causa um aumento da morbidade e da incapacidade física, freqüentemente levando ao óbito (BROWN, apud MACHADO, 1995; PICCINI e OLIVEIRA, 1995).

Para Santos e Santos Jr. (2001), o trauma,

como doença emergente desse século, tem um perfil socioeconômico bem delineado: matou no Brasil em 1999, 130.000 pessoas com um número três vezes maior de invalidez permanente e, de acordo com o Banco Internacional de Desenvolvimento (BID), em 1977, gerou um gasto de R\$ 84 bilhões, superando em 4,6 vezes o que foi destinado, no ano seguinte, para a saúde ou 5,6 vezes maior do que a receita para a educação e a cultura ... O valor referido, que correspondeu a 10,5% do produto interno bruto, serviu para cobrir despesas com médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, hospitais e, entre outros, para a reposição de danos materiais, para a construção de equipamentos de segurança e reposição das perdas com a produtividade (p.489).

Estudos publicados na última década (MACHADO, 1995; PICCINI e OLIVEIRA, 1995; CASANOVA *et al*, 1996; SOARES, 2000) evidenciam como principais causas de traumatismos os acidentes automobilísticos; os ferimentos

por arma de fogo e por arma branca; os acidentes de trabalho e os acidentes domésticos, resultando, como consequência: fraturas, contusões, traumatismos raquimedulares, ferimentos penetrantes e pérfuro-cortantes.

Ao lado da significativa privação de vidas – o trauma, com os números citados anteriormente, foi a segunda causa de mortes em todas as faixas etárias – essas estatísticas são um alerta para a importância que deve ser dada a essa doença como um dos maiores problemas de saúde pública e, também, de economia a ser enfrentado nas próximas décadas, destacando-se que, quanto a isso, a prevenção é e será a grande estratégia capaz de modificar alguns de seus aspectos epidemiológicos (SANTOS e SANTOS JR., 2001).

A enfermagem começa a ter registros científicos de atuação perante os doentes traumatizados a partir da participação de Florence Nightingale, na guerra da Criméia, em 1856. Já, nessa época, foi notado como os cuidados de enfermagem podem contribuir para a redução da mortalidade por trauma. Este fato se evidenciou quando, durante a atuação de Nightingale e da sua equipe nos hospitais militares, foi conseguida uma redução da mortalidade, que passou de 42% para 2,2%, por meio do diagnóstico e tratamento das condições que comprometiam a vida dos feridos na guerra (NAZÁRIO, 1999).

Diante destas constatações, é possível afirmar que, dessa época em diante, foi meta aperfeiçoar o atendimento ao doente traumatizado, a ponto de ser construída uma proposta metodológica para atendimento, denominada de Advanced Trauma Life Support – ATLS.

Em 1989, chega ao Brasil o curso ATLS, com o objetivo de treinar médicos para o atendimento ao traumatizado grave. Este curso baseou-se na premissa de que “o atendimento inicial, dado de forma adequada e em tempo hábil, poderia melhorar significativamente o prognóstico de traumatizados graves” (COLÉGIO AMERICANO DE CIRURGIÕES, 1997, p.11).

Segundo Pavelqueires (1996), estabeleceu-se, a partir daí, um paradoxo:

enquanto os médicos trabalham seguindo uma padronização universalmente aceita, os enfermeiros, que desempenham um papel importante junto a equipe do trauma, não recebiam capacitação

específica no sentido de aplicar as normas preconizadas pelo ATLS (p.13).

Então, fundamentada na crescente estatística de morte por trauma e na falta de capacitação específica para enfermeiros, foi elaborado o curso Manobras Avançadas de Suporte ao Trauma – MAST, que tem por objetivo capacitar os profissionais de enfermagem a sistematizar o atendimento inicial ao doente traumatizado grave.

Segundo publicações do Colégio Americano de Cirurgiões (1997), e conforme Pavelqueires (1996), o atendimento a um doente vítima de trauma requer avaliação rápida das lesões e instituição de medidas terapêuticas de suporte de vida. Esses autores expressam que o traumatizado deve ser considerado como um doente prioritário, pela potencialidade de sua gravidade, pois pode haver a deterioração das suas funções vitais, num curto período de tempo, já que o trauma grave pode acometer vários órgãos.

Para os mesmos autores, a curva da mortalidade por trauma segue uma distribuição trimodal. O primeiro pico de morte ocorre nos primeiros segundos ou minutos do trauma. As mortes são ocasionadas, geralmente, por lacerações do cérebro, do tronco cerebral, da medula espinhal alta e por lesões de grandes vasos sanguíneos ou aorta. Esse pico de mortalidade é passível de redução por meio de métodos eficazes de prevenção. O segundo pico de mortalidade ocorre num período de minutos a algumas horas depois do trauma, ocasionado, geralmente, por hematoma subdural e epidural, hemopneumotórax, ruptura de baço, lacerações de fígado, fraturas pélvicas ou outras lesões múltiplas, acompanhadas de perda sangüínea expressiva. A **primeira hora** de atendimento após o trauma é considerada como a “**Hora Ouro**”, devido à necessidade de avaliação, identificação e tratamento imediato dessas lesões, a fim de evitar a morte e prevenir seqüelas no doente traumatizado. O terceiro pico de mortalidade ocorre passados vários dias ou mesmo semanas após o trauma inicial. Geralmente, são decorrentes de sepses e de falência dos múltiplos órgãos. O bom prognóstico, nessa fase, depende muito da qualidade do atendimento que foi prestado ao doente traumatizado nas primeiras horas.

Portanto, o tempo, nesse atendimento, é essencial, fazendo-se necessária a aplicação de uma abordagem sistematizada, que possa ser facilmente revista e aplicada. Tanto o Colégio Americano de Cirurgiões (1997, p.26), quanto Pavelqueires (1996, p.24), sugerem um método mnemônico “ABCDE”, que define, de modo seqüencial e ordenado, as medidas específicas de avaliação e as intervenções correspondentes que devem ser adotadas em todos os portadores de trauma.

**A** **A**irway maintenance with cervical control - Via aérea com controle da coluna Cervical;

**B** **B**reathing and ventilation – Respiração e Ventilação;

**C** **C**irculation with hemorrhage control - Circulação com controle da hemorragia externa;

**D** **D**isability: Neurologic status - Incapacidade e o estado neurológico, e

**E** **E**xposure / Environmental control: completely undress the patient, but prevent hypothermia - Exposição com controle da hipotermia.

Com a intenção de melhor compreender e justificar este método, elaborado e testado pelo Colégio Americano de Cirurgiões, as fases descritas acima serão explicitadas a seguir, conforme Pavelqueires (1996, p.23-33).

### **Atendimento inicial**

O atendimento inicial se faz prioritário, pelos motivos já citados anteriormente. Ele segue uma seqüência lógica centrada na estabilização dos sinais vitais do doente. Para tanto, o hospital deve estar equipado e lotado com profissionais competentes e qualificados para esse fim. O atendimento inicial inclui as seguintes etapas:

I – Planejamento;

II – Triagem;

III – Avaliação primária;

IV – Restabelecimento dos sinais vitais;

V – Avaliação secundária;

VI – Reavaliação, e

VII – Tratamento definitivo.

Na descrição dessas etapas, serão contempladas somente as atividades que se desenvolvem em nível hospitalar, portanto não farei menção ao atendimento pré-hospitalar.

### I – Planejamento

Esta etapa é fundamental para o sucesso do atendimento. Corresponde a todo o planejamento necessário para o atendimento ao(s) traumatizado(s), no que diz respeito à organização tanto do local quanto de uma equipe de saúde capacitada.

### II – Triage

A triagem acontece em situações de múltiplas vítimas. Portanto, é a classificação dos doentes conforme a gravidade, o tipo de tratamento necessário e os recursos (materiais e humanos) disponíveis. A partir desta classificação, os traumatizados são submetidos à avaliação inicial e ao tratamento definitivo, ou são transferidos para outra instituição.

### III – Avaliação primária

Nesta etapa, são identificadas as lesões que ameaçam à vida e o tratamento é instituído simultaneamente, a fim de adquirir a estabilização dos

sinais vitais. Utiliza-se um processo que se constitui nos ABC's do atendimento ao traumatizado.

#### A – Vias aéreas com controle da coluna cervical

Nesta avaliação, o enfermeiro deve identificar rapidamente sinais sugestivos de obstrução de vias aéreas, por meio da inspeção da cavidade oral e por observação de alguns sinais que possam indicar hipóxia e obstrução:

# Agitação motora, sonolência e cianose: sugerem hipóxia;

# Sons anormais (roncos): obstrução de faringe;

# Disfonia: obstrução de laringe.

A obstrução das vias aéreas, com conseqüente dificuldade respiratória e hipóxia, constitui-se em importante causa de morte. O enfermeiro pode estabelecer manobras de desobstrução das vias aéreas, utilizando-se das manobras de “Chin-lift” (levantamento do mento) e “Jaw-thrust” (anteriorização da mandíbula); aspiração da cavidade oral; retirada manual de corpos estranhos (próteses dentárias, objetos, restos alimentares, entre outros); colocação de cânula do tipo Guedel e administrar oxigênio com máscara facial num fluxo de 12 a 15 litros por minuto. Caso se faça necessário estabelecer uma via aérea definitiva, o enfermeiro deverá munir-se dos materiais necessários para o procedimento de intubação traqueal e alcançá-los ao médico.

Durante a avaliação e estabilização das vias aéreas, deve ser mantida a estabilização e a integridade da coluna cervical por meio da colocação de um colar cervical. Caso se faça necessária a retirada momentânea do colar, alguém da equipe deve manter a cabeça do traumatizado estabilizada. Com esta medida, evita-se converter uma fratura estável em uma lesão com comprometimento neurológico.

#### B – Respiração e ventilação

A permeabilidade das vias aéreas não garante uma ventilação satisfatória do traumatizado, sendo fundamental, portanto, um adequado funcionamento do

tórax, dos pulmões e do diafragma. Situações que viriam a comprometer a ventilação são: pneumotórax hipertensivo, contusão pulmonar, pneumotórax aberto, hemotórax maciço e tamponamento cardíaco. Nesta etapa, as condutas médicas de descompressão pleural e de punção miocárdica, por meio da drenagem torácica e da pericardiocentese, respectivamente, devem ser previstas pela equipe de enfermagem atuante na sala de emergência. A enfermagem deve ser conhecedora de todos os procedimentos possíveis no atendimento inicial, em todas as suas etapas, mesmo que não estejam sob o seu domínio técnico, no que diz respeito às indicações, contra-indicações e complicações desses procedimentos. A ela cabe, não só a provisão dos materiais necessários, como também a observação do traumatizado no período subsequente ao atendimento inicial e a identificação de alterações no quadro clínico desse doente. Outras atividades da enfermagem, nessa etapa, são a instalação de monitorização cardíaca, oximetria de pulso e, no caso de pneumotórax aberto, utilização do curativo de três pontas na lesão do doente.

### C – Circulação com controle de hemorragias

Numa seqüência lógica – após a estabilização das vias aéreas e da permeabilidade respiratória e ventilatória –, a hipovolemia, com conseqüente choque hemorrágico, é a principal causa de morte no traumatizado. É fundamental a determinação de alguns parâmetros, na avaliação inicial, para identificação da hipovolemia como, por exemplo: caracterização do pulso, cor da pele, enchimento capilar, pressão arterial e sudorese.

Além do diagnóstico de hipovolemia, é muito importante determinar o ponto de sangramento. Caso o sangramento seja externo, este deve ser comprimido diretamente. Se o sangramento não for visível, é pertinente pensar em lesões, que são importantes causas de choque hemorrágico como, por exemplo: lesões intra-torácicas e intra-abdominais, fraturas pélvicas e de fêmur com comprometimento venoso ou arterial. Nessa etapa, a enfermagem deve prover dois acessos venosos calibrosos; antes de iniciar a infusão de líquidos, coletar amostra sanguínea para tipagem, provas cruzadas, hematócrito e hemoglobina.

Instalar, a seguir, a infusão de solução de ringer lactato aquecido a 39°C, para evitar hipotermia e, também, instalar a infusão de sangue, conforme indicação médica, além da monitorização dos sinais vitais (frequência cardíaca, pressão arterial, frequência respiratória e temperatura). Outras condutas importantes para controle hemodinâmico, realizadas nesta etapa, são a sondagem vesical e a gástrica.

#### D – Avaliação do estado neurológico

Vencidas as etapas A, B e C, realiza-se uma rápida avaliação do padrão neurológico, a fim de determinar o nível de consciência e a reatividade pupilar do traumatizado. Utiliza-se, na avaliação inicial, o método proposto pelo ATLS, por ser rápido e fácil de memorizar:

**A** Alert - Alerta;

**V** Responds to **V**erbal stimuli – Respostas ao estímulo verbal;

**P** Responds only to **P**ainful stimuli – Respostas ao estímulo doloroso;

**U** **U**nresponsive – Nenhuma resposta.

A Escala de Coma de Glasgow (ECG) deve ser usada na avaliação secundária do traumatizado.

A diminuição do nível de consciência do doente traumatizado pode indicar hipóxia por obstrução das vias aéreas, lesões do sistema nervoso central e hipovolemia, com conseqüente diminuição da perfusão cerebral. O uso abusivo de álcool, drogas e medicamentos pode alterar o nível de consciência do traumatizado.

#### E – Exposição do doente com controle da hipotermia

Concluído o ABCD, o doente é despido e se inicia o exame céfalo-caudal, a fim de identificar lesões que podem representar risco à vida do traumatizado. É necessário proteger o doente para evitar a perda de calor, pois 43% dos doentes

desenvolvem esse tipo de alteração na avaliação inicial, comprometendo, dessa forma, o tratamento.

#### IV- Restabelecimento dos sinais vitais

Esta etapa está didaticamente separada, mas compreende todas as medidas de reanimação e de tratamento das lesões instituídas, à medida que são identificadas na avaliação inicial, citadas anteriormente.

#### V – Avaliação secundária

A avaliação secundária é realizada após o término da avaliação inicial e do restabelecimento dos sinais vitais. É a fase em que se faz, novamente, um exame no sentido céfalo-caudal do doente, porém mais minucioso, objetivando a detecção de lesões que possam ter passado despercebidas na avaliação inicial. Nessa fase, o enfermeiro deve realizar: monitorização dos sinais vitais, controle da diurese, aplicação da Escala de Coma de Glasgow, encaminhamento do material coletado para o laboratório e encaminhamento do doente para os exames complementares (RX, US, Tomografia, entre outros).

A avaliação secundária compreende as seguintes etapas:

1 – HISTÓRIA: Pode-se obter a história sobre o doente e o acidente com o pessoal que realizou o atendimento pré-hospitalar, com os familiares ou com o próprio doente, quando possível. A história inclui os seguintes fatores: mecanismo do trauma, alergias, uso freqüente de medicamentos, uso de medicamentos em atendimento prestado em outra unidade antes da transferência, doenças preexistentes, última refeição e intercorrências que possam ter acontecido antes ou após o acidente.

Ainda na história, é importante questionar: em caso de colisões, se houve morte de outras pessoas envolvidas no acidente, o lado do impacto e a

deformidade no veículo, a posição que o traumatizado ocupava dentro do veículo e se foi ejetado deste; em casos de traumas penetrantes, pesquisar a localização do ferimento, tipo de objeto, orifícios de entrada e saída de projéteis e distância do agressor. Outros aspectos, como as características do local onde o traumatizado foi encontrado, faz-se relevante questionar como, por exemplo, presença de fogo, fumaça, produtos químicos, gases tóxicos, entre outros.

2 – EXAME FÍSICO: todos os segmentos e orifícios do doente devem ser avaliados, obedecendo a seqüência céfalo-caudal.

### 2.1. CABEÇA:

# Por meio da inspeção e palpação, procurar: lesões lacerantes, contusas, escalpes, hematomas, sangramentos, corpo estranho, objetos empalados, evidências de fraturas, simetria e reatividade pupilar à luz.

### 2.2. PESCOÇO:

# Inspeção: pesquisar sangramentos, lacerações, enfisema subcutâneo, hematomas, estase jugular.

# Palpação: pesquisar desvio na região da coluna cervical, crepitações ósseas, relatos de dor, desvio de traquéia, pulso carotídeo e presença de enfisema subcutâneo.

# Ausculta: pulso carotídeo.

### 2.3. TÓRAX:

# Inspeção: pesquisar escoriações, lacerações, hematomas, saída de ar através de lesões externas, objeto empalado, lesões penetrantes, deformidades, assimetrias e expansibilidade torácica.

# Palpação: pesquisar fraturas ou luxações, dor e enfisema subcutâneo.

# Ausculta: verificar a ausência ou diminuição dos murmúrios vesiculares e abafamento de bulhas cardíacas.

# Percussão: pesquisar a presença de hipertimpanismo ou macicez torácica.

### 2.4. ABDOME:

# Inspeção: verificar presença de escoriações, hematomas, lesões penetrantes, distensão, objeto empalado, sangramento externo e eviscerações.

# Palpação: pesquisar dor e tensão abdominal.

# Ausculta: verificar presença de ruídos hidroaéreos.

#### 2.5. PERÍNEO, RETO e VAGINA:

# pesquisar presença de sangramento vaginal ou uretral, lacerações, corpo estranho, hematoma e equimose.

#### 2.6. APARELHO MÚSCULO ESQUELÉTICO:

# Inspeção: verificar hematomas, escoriações, lesões cortantes ou perfurantes, desalinhamento do membro, fratura, exposição óssea, luxações, entorses, sangramentos externos e aumento do volume do membro.

# Palpação: pesquisar dor, crepitações, enchimento capilar e pulsos periféricos.

### VI – Reavaliação

Algumas lesões podem evoluir rapidamente causando instabilidade respiratória, ventilatória, hemodinâmica ou neurológica. A reavaliação deve se amparar em alguns parâmetros como medir: pressão arterial, frequência cardíaca e respiratória; utilizar a Escala de Coma de Glasgow, volume e características do conteúdo drenado pelas sondas nasogástrica e vesical.

### VII- Transferência e tratamento definitivo

A decisão de transferir o doente é médica, mas a responsabilidade é de toda a equipe que o atendeu. O enfermeiro deve providenciar todo o material necessário para o transporte seguro do traumatizado (oxigênio, material e medicamentos de emergência, entre outros), o qual será realizado somente após

o término da avaliação inicial e restabelecimento dos sinais vitais. Tal decisão deve estar baseada na gravidade das lesões, na resposta à terapia adotada no primeiro atendimento, no possível prognóstico do doente, nos recursos humanos, materiais e tecnológicos do hospital que irá estabelecer o tratamento definitivo.

Estes são os passos preconizados pelo Colégio Americano de Cirurgiões (1997) e, também, por Pavelqueires (1996), por intermédio dos cursos ATLS e MAST, respectivamente, para o atendimento ao traumatizado grave.

Um dos aspectos que diferenciam esses cursos é que o MAST traz, na sua organização, um capítulo referente à humanização no suporte ao trauma, componente que, segundo sua autora, Pavelqueires (1996), visa a

despertar no profissional de enfermagem uma visão holística do seu próprio SER, isto é, uma interação entre MENTE / CORPO / ESPÍRITO, na busca de sua felicidade e equilíbrio do stress, gerado pelo convívio com o trauma físico do seu semelhante (p. 17)

Visa, ainda, proporcionar ao profissional:

- repensar a vida - um bem máximo do ser humano, que a partir do trauma se despede de valores supérfluos e passa a contar com valores essenciais;
- viver uma nova ética;
- utilizar a criatividade, a intuição e o conhecimento para mudarmos hábitos passivos no uso de novos conhecimentos adquiridos;
- desencadear uma reflexão: sobre o trabalho grupal embasado no auto conhecimento (p. 17).

A autora utiliza, para desenvolver esta temática durante o curso, uma abordagem biológica, que possibilita desenvolver no enfermeiro, por meio de gestos, mímicas e caretas, uma reflexão do seu poder de transformar a somática existencial do seu comportamento no dia-a-dia; e, uma abordagem psicoespiritual, que parte da concepção do “SER”, enquanto energia, que permeia o corpo físico, utilizando como fundamento os sete CHACKRAS.

Apesar de entender a importância do despertar da consciência da enfermeira, quanto à existência do processo energético de seu corpo, esta forma de humanização que a autora propõe não foi desenvolvida por mim com as enfermeiras neste estudo.

## VIII - Registro de enfermagem e considerações legais

Embora não estejam contemplados, como parte da metodologia proposta pelo MAST, considero de suma importância que os registros do atendimento de enfermagem sejam rigorosamente detalhados, pois servem tanto para a reavaliação do quadro clínico do doente, quanto para os aspectos legais envolvidos. É importante lembrar que, em caso de suspeita de que a lesão tenha sido decorrente de atividade criminosa, a equipe de atendimento deve preservar as evidências (roupas, projéteis, entre outros) para serem entregues à justiça.

No próximo capítulo, descrevo a Teoria Sócio-humanista, que fundamentou todo o desenvolvimento do processo reflexivo. Descrevo, também, o marco conceitual adotado, que foi construído a partir das leituras realizadas e das experiências vivenciadas no cotidiano de minha prática profissional, em unidade de emergência.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

Para desenvolver o estudo sobre o “modo de fazer” da enfermeira perante o doente traumatizado grave em sala de emergência, procurei embasamento teórico que fornecesse subsídios para o processo crítico-reflexivo junto às enfermeiras do pronto-atendimento.

Encontrei na Teoria Sócio-humanista de Beatriz Capella e Maria Tereza Leopardi uma elaboração conceitual de grande auxílio na análise das reflexões registradas a partir do trabalho realizado.

#### 3.1 – A Teoria Sócio-humanista

Semelhante a preocupação trazida para este estudo, a Teoria Sócio-humanista nasceu também a partir da necessidade das autoras de repensar o modo de realizar o trabalho da enfermagem e propor outras possibilidades para seu desenvolvimento.

Tal teoria está embasada nos diversos estudos de Leopardi sobre o trabalho e o processo de trabalho de enfermagem e na tese de doutorado de Capella, intitulada “Uma abordagem sócio-humanista para um ‘modo de fazer’ o trabalho de enfermagem”. A tese foi desenvolvida a partir de um processo de construção coletiva de uma metodologia, para a assistência de enfermagem ao indivíduo hospitalizado. Participaram, deste estudo, enfermeiros das diversas unidades de trabalho do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, no período de agosto de 1994 a dezembro de 1995, quando foram discutidas questões relativas ao trabalho de enfermagem, desenvolvido nesta

instituição. A tese foi construída a partir de quatro questões norteadoras, segundo Capella (1998):

(1) o que os profissionais pensam estar “errado” na atual sistemática de trabalho? (2) se há algo errado, qual seria, então, o “certo”? (3) o “certo” pode vir a ser construído? e, (4) se é possível, como proceder para atingi-lo? (p. 32).

O desenvolvimento da proposta seguiu não só uma extensa elaboração conceitual, como também a construção do instrumento metodológico, na perspectiva de “visualizar o homem como o sujeito da escolha das ações a ele apresentadas, na busca de sua autonomia moral e cognitiva, considerando sua base social, pelas relações estabelecidas em seu mundo construído” (CAPELLA, 1998, p.18).

A Teoria Sócio-humanista surge como uma proposta de assistência individualizada, dentro dos princípios de equidiversidade entre os diferentes sujeitos que compõem a instituição de saúde, onde devem ser atendidos ou negociados os seus interesses. Nessa teoria, o cliente passa a ser chamado de “sujeito portador de carências de saúde”; o trabalhador de enfermagem é denominado “sujeito trabalhador”; o modelo de assistência se constitui na “política institucional” e as interações entre profissionais se tornam “relações de trabalho”.

O foco da teoria está centrado, segundo as autoras (p.139), na *valorização do sujeito*, com ênfase na “perspectiva de um ser humano inteiro, global, naquilo que ele tem da sua sociabilidade e subjetividade”, incluindo tanto o sujeito portador de carências de saúde quanto o sujeito trabalhador, com “possibilidade de interferirem diretamente no processo”, e na *valorização do trabalho*, incluídos os “aspectos como competência profissional, através da ampliação da base do conhecimento, para fugir, em parte, do exclusivamente biológico” (p. 139).

Ainda, a teoria lembra da necessidade de se buscar a interdisciplinaridade, para a democratização do pensar e do fazer, numa perspectiva em que o planejamento e a execução das ações sejam coletivos aos sujeitos envolvidos, o que não exclui a possibilidade de autonomia relativa.

A Teoria Sócio-humanista apresenta pressupostos, que estarão detalhados, de acordo com os objetivos deste estudo, no marco conceitual.

Apresento, a seguir, alguns conceitos que fundamentam essa teoria e que foram importantes no desenvolvimento do processo crítico-reflexivo.

### 3.1.1 – Conceitos

Para Capella e Leopardi (1999), **processo de trabalho** é o processo de atividade humana dirigida a um fim, por meio do qual os homens atuam sobre a natureza externa e a modificam

para que ela possa responder às suas necessidades, ao mesmo tempo em que modificam sua própria natureza. O trabalho, no seu percurso histórico foi institucionalizado e, dessa institucionalização, surge a produção de bens e serviços.

- **Produção de bens** é o processo pelo qual se produz uma coisa material diversa, diferente dos elementos que entram na própria produção, que precisa se tornar concreta, para depois ser consumida.
- **Serviço**, como atividade diferenciada da produção de bens não é, em geral, mais que uma expressão para o uso particular do trabalho, na medida em que não é útil como coisa, mas como atividade. O resultado dessa atividade não aparece separado do seu consumo, ou seja, ele coincide com o consumo. Por isso, não produz valor direto para ser comercializado. A própria atividade é a mercadoria para consumo, e ela não se materializa fora do trabalho ou do consumidor.

A produção de bens e de serviços dá-se através do processo de trabalho, que tem como elementos:

1. **Finalidade** - o objetivo que orienta todo o processo de trabalho;
2. **Objeto de trabalho** - a matéria a que se aplica o trabalho, aquilo sobre o que se realiza a atividade;
3. **Instrumento de trabalho** - uma coisa ou complexo de coisas que o trabalhador insere entre si mesmo e o objeto de trabalho, e que lhe serve para dirigir sua atividade sobre esse objeto. O instrumento concretiza o processo de trabalho; e
4. **Força de trabalho** - conjunto de faculdades físicas e mentais existentes no corpo e na personalidade viva de um ser humano, as quais ele põe em ação toda vez que produz bens ou serviços de qualquer espécie. As condições de vida, de saúde e de trabalho, bem como a sua formação, são aspectos particulares que determinam estas faculdades físicas e mentais do trabalhador (p.144, grifo autoras).

Capella e Leopardi (1999) definem **processo de trabalho em saúde** como

um processo de trabalho coletivo, no qual áreas técnicas específicas, como a medicina, farmácia, odontologia, nutrição, serviço social, enfermagem, entre outros, compõem o todo. Este processo, institucionalizado, tem como finalidade atender ao ser humano que, em algum momento de sua vida, submete-se à intervenção dos profissionais

de saúde. Cabe, então, a cada área técnica específica, uma parcela desse atendimento. A delimitação dessa parcela, bem como a organização desses trabalhos foi-se dando no percurso histórico, com o desenvolvimento da ciência e em decorrência da divisão social do trabalho na área da saúde, principalmente a partir de tarefas delegadas pela área médica (p.145).

As mesmas autoras compreendem o **processo de trabalho da enfermagem** como

um processo de trabalho complementar e interdependente do processo de trabalho em saúde. Uma vez que a enfermagem é exercida por diversas categorias profissionais, é também coletivo e ocorre por distribuição de partes dele entre seus diversos agentes. Nessa divisão do trabalho, as ações são hierarquizadas por complexidade de concepção e execução, o que exige habilidades diferentes para o manejo dos diversos instrumentos e métodos (p. 145).

**A instituição de saúde** é entendida como

um espaço social formal, isto é, com todas as características de qualquer instituição, para a produção de um trabalho dirigido a um outro ser humano – o sujeito com problema de saúde. Portanto, a produção social não se dá sobre algo material, mas sobre um ser humano, como um serviço (CAPELLA e LEOPARDI, 1999, p. 145).

**O sujeito portador de carências de saúde** é

um ser humano que, em seu percurso de vida, por alguma circunstância, necessita da intervenção dos serviços de saúde, submetendo-se à intervenção dos profissionais de saúde. Esse indivíduo pertence à espécie humana, portanto com características naturais, históricas, sociais e se relaciona com outros homens, mas é único, particular (CAPELLA e LEOPARDI, 1999, p. 145).

**O sujeito trabalhador de enfermagem** é compreendido por Capella e Leopardi (1999) como:

aquele ser humano que, em seu percurso de vida, tem como atividade básica o exercício da enfermagem, desenvolvendo seu trabalho em instituição de saúde, prestando cuidados ao sujeito portador de carências de saúde, em conjunto com os demais trabalhadores da área da saúde. O sujeito trabalhador de enfermagem, no seu processo de trabalho, representa, genericamente, a força de trabalho da enfermagem (p. 145).

**A enfermagem** é definida pelas autoras (1999) como:

uma prática social cooperativa, institucionalizada, exercida por diferentes categorias profissionais. Tem como atividade básica, em conjunto com os demais trabalhadores da área da saúde, atender ao ser humano, indivíduo que, em determinado momento de seu percurso de vida, submete-se à hospitalização, em função de uma diminuição, insuficiência ou perda de sua autonomia. (...) resgatar no indivíduo a sua capacidade de, mesmo nessa condição, ser, ainda assim, o sujeito das ações de

saúde a ele ministradas. Para isto, utiliza um conjunto de conhecimentos e habilidades específicas, construídos, organizados e reproduzidos em decorrência da divisão social e técnica do trabalho na área da saúde. A sistematização dinâmica em captar e interpretar a diminuição, insuficiência ou perda da autonomia, do sujeito portador de carências de saúde dá-se através de um projeto de ações de Enfermagem que visa a manutenção, a continuidade da vida e ações de reparação ao que se constitui obstáculo à vida, na perspectiva de visualizá-lo como sujeito de sua existência, na reconstrução de sua autonomia, ou, quando isto não for mais possível, ainda assim, possibilitar viver a sua morte, fazendo-o sentir-se um homem como ser universal (genérico, que resume em si mesmo a vida, o universo), concreto (enquanto ser natural, biológico) e singular (enquanto especificidade, particular, único, individual, próprio, porém social) (p. 153).

### 3.1.2 - Inter-relação dos conceitos

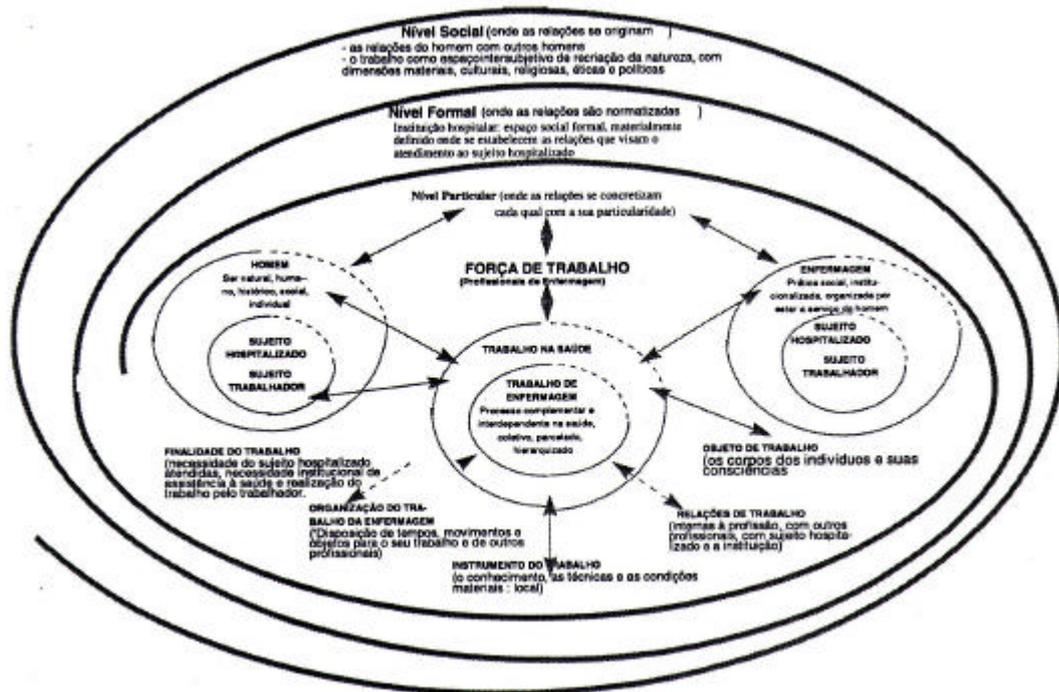
A partir dos pressupostos e dos conceitos adotados, as teóricas apresentam três níveis que sustentam as relações entre os seres humanos e entre estes e o seu meio. São eles:

**Nível Social:** onde as relações se originam através de dimensões materiais, econômicas, culturais, religiosas e políticas.

**Nível Formal:** onde as relações são normatizadas, através das leis civis e morais das organizações e suas normas e da adesão coletiva a elas.

**Nível Particular:** onde as relações se concretizam pelos contatos humanos, cada qual com sua particularidade. É aí que vamos encontrar o trabalho da saúde e da enfermagem enquanto relação entre o sujeito portador de carências de saúde e o sujeito trabalhador (p.154).

A representação gráfica, mostrada a seguir, resume os três níveis que são estabelecidos nessa complexa rede de relações entre os homens, a natureza e o socialmente construído. Num campo particular, o trabalho da enfermagem desenvolve-se com finalidades, objetos e instrumentos próprios, organizado para estar a serviço do ser humano.



Fonte: Capella e Leopardi (1999, p.155).

**Figura 1** – Representação gráfica dos níveis de relação entre os seres humanos e entre eles e seu meio, da Teoria Sócio-humanista.

Para Capella e Leopardi (1999),

as características históricas do nível social determinam uma rede de relações que direcionam as formas de organização e estatutos para regular as relações, institucionalizando-as (...) Agregado a esse nível, a fim de discriminar os valores mais gerais, está o nível formal, no qual se estabelecem as regras da vida social e as formas das instituições que se organizam para dar regularidade e concreticidade a essas regras, sejam elas civis ou morais (...) de acordo com isso, são estabelecidas relações próprias em cada instituição, que indicam como os indivíduos (sujeitos atores) realizam seu cotidiano relativo a uma face particular de suas vidas. A concretude que lhe é própria vincula-se ao processo laboral, relativo à satisfação de necessidades específicas, ou seja, de saúde (p.154-5).

Desse modo, ao apresentar os conceitos e proposições para uma abordagem sócio-humanista da enfermagem, as autoras partem de uma

referência filosófica calcada na afirmação da relação entre a subjetividade e a sociedade, numa perspectiva da sua totalidade e integridade dialética. São dimensões contraditórias, de uma realidade única e histórica, que se desenvolvem através de sínteses complexas no espaço-tempo (p.154).

### 3.2 – O Marco Conceitual

Entendo o marco conceitual como uma construção que comporta uma estrutura lógica de inter-relação entre os vários conceitos que o compõe. Ele deve servir para direcionar ou guiar o trabalho, atuando como referência para o que deve ser observado, relacionado e planejado perante o tema de estudo, além de ajudar a organizar as reflexões sobre o que está sendo vivenciado.

Nesse sentido, apresento, a seguir, alguns pressupostos e conceitos da Teoria Sócio-humanista de Capella e Leopardi (1999), que selecionei devido à sua maior adequação ao estudo e, ainda, outros propostos por mim, embasados nessa teoria e em minha experiência profissional, com o doente traumatizado grave na sala de emergência.

#### 3.2.1 - Pressupostos básicos

Os pressupostos são entendidos como as crenças e os valores do pesquisador. Eles orientam a elaboração de um marco conceitual e auxiliam no estabelecimento das relações entre os conceitos propostos. Nessa perspectiva, a seguir, são apresentados os pressupostos que elegi para o estudo, tendo em vista o “modo de fazer” da enfermeira perante o doente traumatizado grave.

Portanto, compreendo que:

- O doente traumatizado grave é um “sujeito portador de carências de saúde” (CAPELLA e LEOPARDI, 1999), que necessita de atendimento imediato, sistematizado, eficiente e de qualidade, a fim de ter garantido o seu direito à vida, à ausência de iatrogenias e ao restabelecimento da sua autonomia.
- A enfermeira deve “aliar à sua competência técnica a perspectiva humanística” (CAPELLA e LEOPARDI, 1999, p.139) durante o atendimento ao traumatizado grave, a fim de tornar menos dolorosa a situação vivida por esse sujeito e seus familiares.

- A instituição de um “modo de fazer” diante do doente traumatizado grave, em sala de emergência, possibilita ao profissional menor gasto de energia, bem como menor nível de estresse e ansiedade.
- A enfermeira, ao refletir sobre o seu cotidiano e mediar seu trabalho por uma teoria, passa a construir conhecimentos, permitindo não só se modificar continuamente, como transformar a sua realidade de trabalho.
- O processo de construção coletiva do “modo de fazer” da enfermeira possibilita tanto a construção de um modo de fazer melhor, quanto uma maior adesão do grupo a esse modo de fazer.

Para este estudo, adoto também os seguintes pressupostos de Capella e Leopardi (1999, p.140-41):

- (...) o modo de realizar o trabalho, as relações que aí se estabelecem aliadas à técnica, é que vão imprimir qualidade ao trabalho realizado (...);
- o local onde o indivíduo permanece durante sua hospitalização é preservado para ele, é organizado em função dele, cabendo à enfermagem, que, por circunstâncias, permanece diuturnamente na unidade de internação, a organização desse espaço;
- exercer a enfermagem é exercê-la plenamente. Para isto, há que se ter à disposição os meios adequados e a força de trabalho qualificada, com necessidade de serviços de apoio também qualificados. Reforça-se a questão dos meios adequados, colocando-se a necessidade dos serviços de apoio qualificados. Ou seja, Laboratório, Lavanderia, Raio X, entre outros, possibilitando à enfermagem a cobertura necessária para o desenvolvimento do seu trabalho junto ao sujeito hospitalizado;
- a enfermagem pode, organizadamente, abrir caminhos consistentes na direção de sua participação efetiva na formulação de propostas e intervenção na prática institucional, na perspectiva de uma nova ordem de saúde;
- um processo de formação continuada, através de reflexão coletiva, procurando vislumbrar a construção de outras possibilidades para o trabalho da enfermagem, pela unificação teoria/prática, leva a uma reorientação de valores, formação de consciências e mudanças de atitudes. A busca do conhecimento leva a um processo de desalienação. O profissional que não questiona o próprio saber está eticamente equivocado, pois o saber leva à argumentação segura e possibilita o desenvolvimento de nova mentalidade. O ato de pesquisar, bem como a utilização de novos conhecimentos, permite o desenvolvimento de uma profissão e o desenvolvimento do mecanismo ação – reflexão – ação;
- quem constrói a instituição são os trabalhadores e administradores que nela atuam. “Porém, no caso da instituição hospitalar, onde o serviço prestado envolve um outro indivíduo – o sujeito hospitalizado, ele também participa dessa construção. Portanto, quanto mais “sujeitos”, isto

é, quanto mais críticos esses indivíduos forem, tanto mais provavelmente a instituição irá desenvolver-se (...). A co-responsabilidade nessa construção é dos trabalhadores, da instituição, através de seus representantes, e dos indivíduos que buscam a instituição hospitalar para serem atendidos;

- o processo de trabalho em saúde é coletivo, onde cada área técnica executa parte dessas ações. Para isto, faz-se necessária a reconstrução de ações integradas, numa perspectiva interdisciplinar (...);
- o estabelecimento de princípios éticos, na perspectiva de uma assistência digna, igualitária, universalizada, buscando o atendimento integral do indivíduo hospitalizado, é fundamental para a resolução dos conflitos e ambigüidades geradas a partir do processo de trabalho em saúde;
- a valorização do trabalhador se dá, entre tantos aspectos, através de adequadas condições de trabalho: jornadas menos extensas, salário compatível com a responsabilidade que o trabalho exige, material de trabalho em quantidade e qualidade suficientes, condições ambientais adequadas, suporte emocional pelo tipo de trabalho que se desenvolve, número de pessoal em quantidade e qualidade suficientes para o desenvolvimento do trabalho. A valorização do trabalhador se dá também através da implantação de um processo de formação continuada que o leve a desenvolver-se pessoal e profissionalmente, gerando um compromisso que atende os dois sujeitos da instituição hospitalar: o próprio trabalhador e o sujeito hospitalizado. O primeiro, através do seu trabalho, pode criar as condições necessárias para o desenvolvimento de uma vida digna de ser vivida. O segundo, em consequência do trabalho do primeiro, pode vir a receber um atendimento ético, humano, técnico e politicamente competente.

Relacionados os pressupostos, descrevo os conceitos que nortearam o processo crítico-reflexivo de nosso grupo.

### 3.2.2 – Conceitos

Para o desenvolvimento do processo reflexivo, serviram como referência os conceitos de **ser humano, trabalho, instituição de saúde, processo de trabalho em saúde, processo de trabalho em enfermagem, enfermagem, sujeito trabalhador de enfermagem e sujeito portador de carências de saúde** da Teoria Sócio-humanista de Capella e Leopardi (1999, p.142-53).

Além desses conceitos, procurei delinear algumas considerações sobre o “modo de fazer” da enfermeira na unidade de emergência, norteadas pela já citada teoria, por minhas experiências e valores com vistas a uma (re)orientação

desse “modo de fazer”, por meio da construção de um processo crítico-reflexivo junto às enfermeiras do Pronto-atendimento.

O **ser humano**, para Capella e Leopardi (1999), é entendido como

um ser natural, que surge em uma natureza dada, submetendo-se às suas leis para sobreviver. É parte dessa natureza, mas não se confunde com ela, pois a usa, transformando-a conscientemente, segundo suas necessidades. Nesse processo, se faz humano e passa a construir a sua história, se fazendo histórico (p.142).

Este ser humano está em constantes relações com outros seres humanos, que fazem parte do ambiente ao seu redor. É um ser de relações que influencia e sofre influências em suas atitudes e comportamentos, com possibilidades de crescer e completar-se com outros seres humanos. Está inserido em um meio com o qual interage, realizando constantes trocas, transformando-o e, já que é parte integrante dele, sendo também transformado.

É importante salientar, neste estudo, as **enfermeiras da unidade de emergência**, enquanto pessoas capazes de pensar sobre si mesmas, sobre suas relações com outros seres humanos e com a natureza, o que pode possibilitar mudanças em seus modos de agir e de pensar.

Cabe dizer que serão destacados estes seres, enquanto trabalhadoras que têm como atividade fundamental o exercício da profissão em unidade de urgência e emergência, elas utilizam um conjunto de conhecimentos e habilidades específicos na prestação de cuidados, juntamente com os demais trabalhadores de enfermagem e da área da saúde, a “sujeitos portadores de carências de saúde” (CAPELLA e LEOPARDI, 1999) em condições de sofrimento agudo e em risco de vida.

Esse “sujeito portador de carências de saúde”, o **doente traumatizado grave**, é um ser humano que, em seu percurso de vida, por alguma circunstância, encontra-se diante de uma condição de agravo à saúde, ocasionada por ferimento grave, necessitando de atendimento imediato, sistematizado, eficiente e de qualidade. Utiliza os serviços de emergência, submete-se à intervenção dos profissionais de saúde com a finalidade de restabelecer as suas funções vitais e a sua autonomia e ainda ficar isento de iatrogenias.

Neste estudo, traumatismo grave será entendido como toda a lesão que assume caráter de extrema gravidade, não só pelo comprometimento imediato das funções vitais, mas também pela freqüente associação a traumatismos múltiplos, que podem levar ao óbito caso não seja imediatamente oportunizado um manejo adequado.

O **trabalho**, para Capella e Leopardi (1999), é considerado como a

ação do ser humano no desenvolvimento de seu percurso histórico, aliando sua materialidade (força física) à sua capacidade de pensar e reagir, em suas relações com outros homens, para atender a sua necessidade natural de sobrevivência, determinando uma outra forma de fenômeno – o trabalho, que consiste num modo diferenciado de intervenção sobre a natureza, pela definição de projetos, sua implementação, realização de produtos, para além de si mesmo e da natureza, isto é, pela recriação da natureza (p.143).

O **trabalho da enfermeira**, neste estudo, é caracterizado como um conjunto de ações que compreende, não somente os procedimentos técnicos e os equipamentos empregados pela enfermeira na assistência ao doente traumatizado grave, mas também a aplicação do saber profissional na resolução dos problemas identificados, possibilitando a geração de ações transformadoras no trabalho em si, ou mesmo nas variadas circunstâncias que o cercam e o determinam.

No trabalho, o “**modo de fazer**” da enfermeira se dirige para vários objetos como, por exemplo: a educação, a gerência, a assistência em si, entre outros. Ele pode ser desenvolvido de forma sistemática ou assistemática. O “modo de fazer”, durante o desenvolvimento do processo reflexivo, foi direcionado para a organização da assistência. Não se desconsiderou, entretanto, a importância dos outros e até da interdependência desses nesse modo. Então, o “**modo de fazer**” da enfermeira se constituirá no método de trabalho dela, tendo como elementos básicos norteadores a finalidade, o objeto, os instrumentos e a força de trabalho empregados para o seu desenvolvimento.

A forma como o serviço está organizado imprime uma qualidade na assistência, portanto no modo de fazer. Há mais de uma forma de compreender a **organização do trabalho**. Capella e Leopardi (1999) entendem a organização do trabalho da enfermagem como

o modo como os trabalhadores de enfermagem dispõem o seu trabalho e fornecem a base para o trabalho de outros profissionais na instituição de saúde, em relação aos tempos, movimentos e objetos necessários à assistência da saúde (p.153).

As autoras separam, conceitualmente, a organização das relações de trabalho na enfermagem. Elas afirmam que

são relações que se dão no exercício da profissão: internamente, com a equipe de enfermagem e, externamente, com outros profissionais, o sujeito portador de carências de saúde e a instituição. As relações de trabalho referem-se às relações pessoa/pessoa e pessoa/objeto (p.154).

Já, Dejours e Abdoucheli (1994, p.125) entendem que, na organização do trabalho, além da “divisão do trabalho (divisão de tarefas entre os operadores, repartição, cadência e, enfim, o modo operatório prescrito) há a divisão de homens (repartição de responsabilidades, hierarquia, comando, controle, entre outros)” que aparece como um complemento necessário, pois enquanto

a divisão das tarefas e o modo operatório incitam o sentido e o interesse do trabalho para o sujeito, a divisão de homens solicita sobretudo as relações entre pessoas e mobiliza os investimentos afetivos, o amor e o ódio, a amizade, a solidariedade, a confiança, entre outros (p.125).

Esses “investimentos afetivos” são importantes ao se considerar a possibilidade de construir em conjunto uma proposta de trabalho, num **processo de caminhar juntas**, no qual as interações, as análises e as reflexões realizadas pelo grupo subsidiariam a construção coletiva do “modo de fazer” da enfermeira, na busca por uma assistência sistematizada, eficiente e de qualidade, ao doente traumatizado grave, por meio de ações de manutenção, de reparação e de encaminhamento.

Capella e Leopardi (1999, p. 166) preconizam a utilização dessas ações no momento do planejamento das ações de enfermagem junto ao sujeito portador de carências de saúde. Para as autoras, *as ações de manutenção* “são aquelas que dão sustentação à vida”, levando-se em conta os hábitos, os costumes e as crenças do sujeito portador de carências de saúde; *as ações de reparação* são ações de intervenção “àquelas que se constituem obstáculos à vida; as ações de orientação são as que visam ao retorno gradativo da autonomia deste sujeito e a orientação dele e de seu familiar sobre os procedimentos que poderão ser necessários” e, *as ações de encaminhamento* se referem as solicitações que o

enfermeiro deverá fazer junto a outros profissionais, por ser este um trabalho interdependente, coletivo e de autonomia relativa.

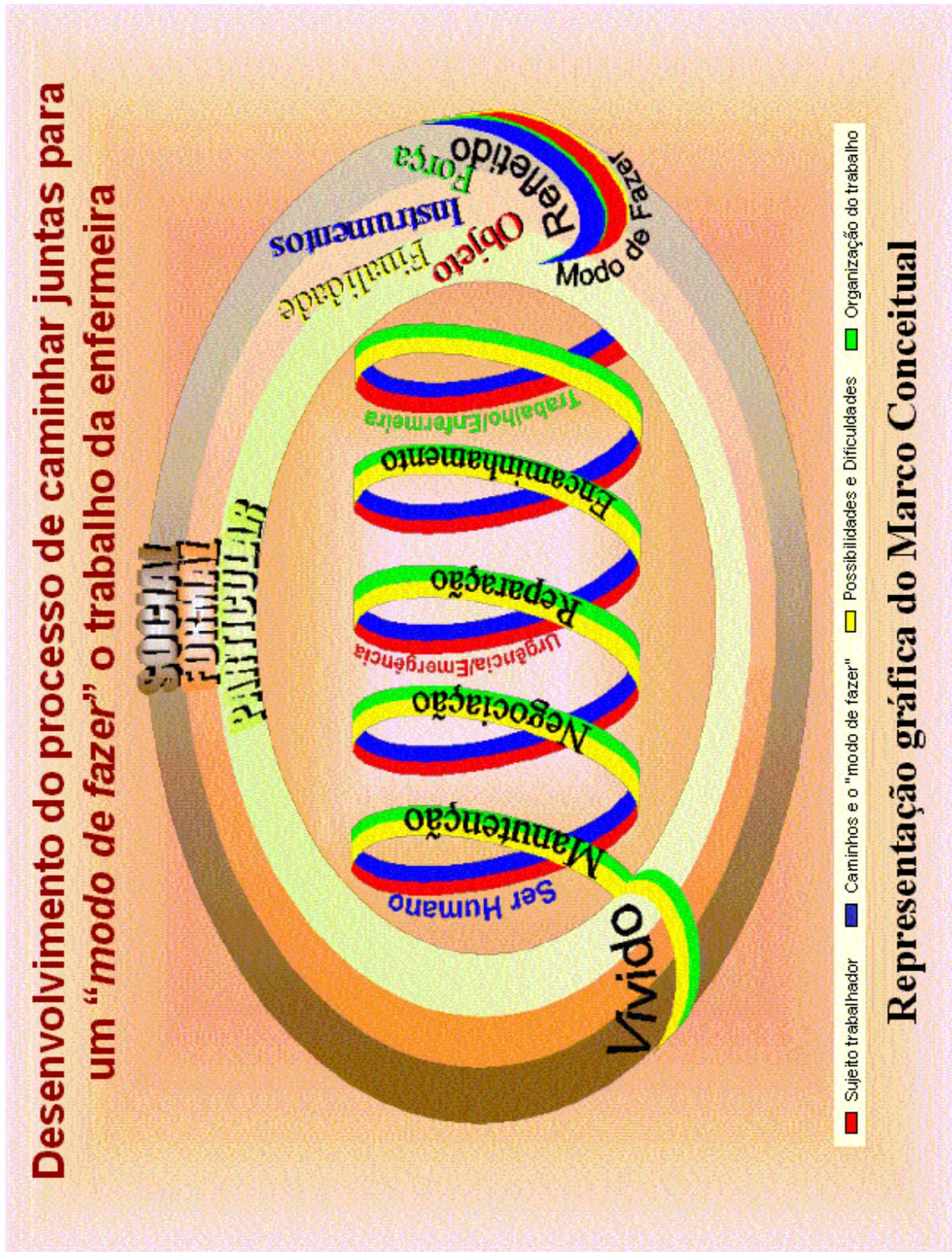
Para este estudo, as ações de manutenção, de reparação e de encaminhamento estão voltadas para a organização do trabalho da enfermeira, sendo levado em conta **os elementos do processo de trabalho em enfermagem**, no sentido de organizá-lo, de modo a atender à finalidade a que se propõe.

Neste contexto, considerando o objeto, a finalidade, os instrumentos e a força de trabalho no cotidiano da enfermeira de unidade de urgência e emergência, entende-se que:

- **ações de manutenção:** consistem nas ações que a enfermeira efetua no seu cotidiano de trabalho, que conforme a avaliação do grupo, podem ser mantidas;
- **ações de reparação:** consistem na reelaboração da ação que foi negociada com o grupo, para a sua implementação no cotidiano do trabalho da enfermeira;
- **ações de encaminhamento:** referem-se a elaboração de um documento de encaminhamento de situações que precisam ser reparadas, mas estão fora da governabilidade da enfermeira, portanto são encaminhadas à direção de enfermagem para conhecimento desta.

Para uma melhor compreensão da relação dos conceitos utilizados, foi construída a figura representada a seguir.

### 3.2.3 – Representação gráfica do marco conceitual



**Figura 2** – Desenvolvimento do processo de caminhar juntas para um “modo de fazer” da enfermeira perante o doente traumatizado grave em sala de emergência.

No desenvolvimento de um processo de caminhar juntas para o “modo de fazer” da enfermeira ante o doente traumatizado grave, em sala de emergência, perpassa as características históricas do nível social, do formal e do particular. Apesar da importância de todos os níveis, neste processo reflexivo, teve maior ênfase o nível particular e o formal, pois são neles que as relações do trabalho da enfermeira se concretizam.

Sendo assim, o processo de caminhar juntas partiu, inicialmente, de uma caminhada solitária, ou seja, da **observação de campo** das vivências no dia-a-dia de trabalho da enfermeira, na unidade de pronto-atendimento. A partir dessa observação, foi iniciada uma caminhada coletiva com os sujeitos do estudo, que nos levou a reflexões sobre o “modo de fazer” da enfermeira, por meio do repensar a prática cotidiana instituída na unidade.

As reflexões, embasadas nos conceitos de **ser humano, enfermeira de unidade de emergência, trabalho, trabalho da enfermeira e organização do trabalho**, conduziram o grupo a adotar **ações de manutenção, de reparação e de encaminhamento**. Tais ações estiveram permeadas por outra ação, a de **negociação**, objetivando chegar a um consenso sobre o “modo de fazer” da enfermeira, ou seja, a qual objeto de trabalho se destina? qual a finalidade? quais os instrumentos a serem utilizados? qual a força de trabalho necessária para a prestação de uma assistência humanizada e de qualidade?

O **processo de caminhar juntas** foi representado pela forma helicoidal por ser considerado **contínuo, conjunto, aberto e dinâmico**. Este processo contemplou várias fases que se complementaram e se interligaram constantemente. As fases foram traduzidas, na prática, por momentos intitulados de: **“compreensão do sujeito trabalhador”**, **“descoberta de caminhos e observação do “modo de fazer” da enfermeira”**, **“identificação das possibilidades e das dificuldades na execução do trabalho da enfermeira”** e **“o caminhar para a organização do trabalho da enfermeira”**.

No desenrolar destas fases, foi objetivado respectivamente: ter uma melhor compreensão da profissional atuante na unidade de pronto-atendimento; identificar qual é o trabalho da enfermeira nessa unidade; refletir sobre o que

dificulta e o que facilita o seu trabalho, quais as possibilidades de reestruturá-lo e, por último, com base nessas reflexões negociar, com o grupo, quais das ações desenvolvidas pelas enfermeiras poderiam ser mantidas, quais necessitariam de reparação e, entre essas, quais poderiam ser reparadas por elas próprias e quais precisariam ser encaminhadas.

A compreensão do trabalho na unidade conduziu o grupo a pensar o seu fazer e a visualizar um modo de fazer mais humanizado, tanto para o sujeito trabalhador, quanto para o sujeito hospitalizado.

## 4 METODOLOGIA

O presente estudo é do tipo exploratório-descritivo, com embasamento na pesquisa convergente assistencial (TRENTINI e PAIM, 1999), por entender que tal enfoque oportuniza ao profissional (re)pensar sua prática cotidiana, construir e reconstruir conhecimentos para a renovação e a inovação da assistência prestada.

A pesquisa convergente assistencial, conforme Trentini e Paim (1999), é uma pesquisa de campo comprometida com a melhoria do contexto pesquisado, pois, durante todo o seu processo, mantém uma “estreita relação com a situação social, com a intencionalidade de encontrar soluções para os problemas, realizar mudança e introduzir inovações” (p.26). O pesquisador é um sujeito partícipe e co-responsável, que envolve os sujeitos pesquisados ativamente no processo. Neste tipo de pesquisa, é “ênfático o ‘pensar’ e o ‘fazer’, isto é, o profissional pensa fazendo e faz pensando” (TRENTINI e PAIM, 1999, p.28, grifo autor), num processo que reitera a ação-reflexão-ação “que vai ‘do que fazer’ para o ‘como fazer’ e, deste para o ‘por que fazer’ por meio da reconstrução do conhecimento” (Demo apud TRENTINI e PAIM, 1999, p.28, grifo autor).

Para atingir o objetivo de desenvolver um processo crítico-reflexivo sobre o “modo de fazer” perante o doente traumatizado grave em sala de emergência junto às enfermeiras do pronto-atendimento, optei por uma problematização da realidade vivida por essas profissionais em seus trabalhos. Procurei, por meio dessa vivência, compartilhar experiências, competências e conhecimentos, a fim de desenvolver a reflexão, de forma a percorrer um caminho diferente daquele habitualmente trilhado pelas enfermeiras nas unidades de urgência e emergência.

Em função disso, o foco deste estudo é o trabalho da enfermeira perante o doente traumatizado grave. Foi tomado como um recorte do trabalho em saúde, basicamente, o trabalho em unidade de urgência e emergência, com o propósito de contribuir para a elaboração de um diagnóstico sobre o trabalho da enfermeira nessa unidade e identificar possibilidades que contribuam para a (re)criação da prática assistencial.

Diante do exposto, faço a descrição do contexto do campo, dos sujeitos envolvidos e das atividades realizadas, para a implementação das etapas metodológicas do processo crítico-reflexivo.

#### 4.1 – O contexto do campo de estudo

As atividades propostas para o processo crítico-reflexivo, foram realizadas com as cinco enfermeiras do pronto-atendimento, incluindo a pesquisadora, em um Hospital Geral, no Estado do Rio Grande do Sul, no período de 30 de abril a 21 de junho de 2001.

O hospital em questão é um hospital geral, universitário, público, centro de referência regional e, conforme Boletim Informativo (2000, p.4), tem como missão “capacitar e aprimorar recursos humanos, produzir e difundir conhecimentos e oferecer assistência de excelência, inserindo-se de forma cidadã e dinâmica na sociedade”. Tem por objetivos:

- estabelecer-se como centro de ensino, pesquisa e assistência no âmbito das Ciências da Saúde;
- firmar-se como um centro de programação e manutenção de ações voltadas à saúde da comunidade local e regional, desenvolvendo programas específicos de assistência à população;
- tornar-se um hospital de referência, no âmbito médico e hospitalar, composto por um elevado nível científico, técnico e administrativo;
- atuar de forma eficaz e eficiente no atendimento de suas especialidades;
- configurar-se como campo de ensino prático aos alunos de graduação e pós-graduação (...), em especial aos da

área da saúde, permitindo que as atividades curriculares sejam em consonância entre a teoria e a prática;

- oportunizar a Educação Continuada do quadro funcional através de cursos, conferências, debates entre outros (p.4).

O hospital possui capacidade para 315 leitos, distribuídos numa área de 25.577,11 m<sup>2</sup>; porém, devido à falta de condições operacionais, 27 do total desses leitos estão bloqueados.

Ele tem uma abrangência populacional em torno de 1,5 milhões de habitantes, para urgências, emergências e gestação de alto risco. Para os procedimentos de alta complexidade, ultrapassa os dois milhões de habitantes, inclusive de outros Estados. Ele ocupa, ainda, uma posição de referência na assistência a pacientes graves nas três Unidades de Terapia Intensiva (adulto, pediátrica e neonatal), na Unidade de Nefrologia e Radioterapia. Na unidade de internação da hemato-oncologia e no Centro de Transplante de Medula Óssea, são atendidos pacientes do SUS, oriundos do Rio Grande do Sul e de vários outros Estados brasileiros. No ano de 2000, esse hospital se tornou referência nacional no diagnóstico e tratamento do câncer infantil.

Conforme o Relatório de Estatística (2002) desse hospital, no ano de 2001, foram realizadas 11.270 internações. A taxa de ocupação geral teve uma média de 81% e a média de permanência foi de nove dias. A taxa de ocupação, nesse ano, se manteve próxima da recomendada pelo Ministério da Saúde (1982), que é em torno de 80%. Nos meses de março, abril e maio, a taxa de ocupação ultrapassou os 90% e teve uma queda considerável nos meses de agosto, setembro e outubro, pois ficou em torno de 60%. Esse fato se deve ao fechamento de leitos durante a greve dos profissionais técnicos administrativos da instituição.

Do total de internações, 10.584 pacientes tiveram alta hospitalar e 650 evoluíram para o óbito. Acredito que esta incidência de óbitos ocorra em função da complexidade dos atendimentos, haja vista a gravidade dos doentes atendidos nesse hospital.

O corpo funcional do hospital é composto por 1.095 funcionários, divididos em área administrativa, assistencial e de apoio. O setor administrativo está

composto pelas direções: Geral, Clínica, de Enfermagem, de Administração e de Ensino e Pesquisa.

O setor assistencial conta com uma equipe de enfermagem composta por 115 enfermeiros, 51 técnicos de enfermagem, 278 auxiliares de enfermagem e 29 auxiliares de saúde. Este número de trabalhadores não é significativo haja vista a acentuada demanda e complexidade da clientela atendida. Estudo sobre redimensionamento do quadro de pessoal de enfermagem, realizado por Prochnow e Chagas (1999), evidenciou a inadequação do quadro de servidores de enfermagem nessa instituição. As autoras observam:

a necessidade de reflexões profundas e busca de subsídios junto aos órgãos de competência, a fim de assegurar uma prática assistencial baseada nos preceitos do SUS visto que há um déficit de 213 enfermeiros e 81 auxiliares/técnicos de enfermagem na instituição (p.28).

Ilustrando melhor a situação, o estudo Noro (1999) pesquisou a prevalência dos distúrbios mentais em toda a universidade, levando-se em conta características como idade, estado civil, escolaridade, sexo, cargo ou função, local de trabalho, renda e tempo de serviço. A autora encontrou na categoria de auxiliares de enfermagem o maior percentual de licenças para tratamento de saúde, sinalizando as possíveis conseqüências dessa inadequação no seu quadro de trabalhadores.

O corpo clínico é formado por médicos docentes e assistenciais, congregando 115 profissionais. Compõem, ainda, o quadro seis fisioterapeutas, cinco nutricionistas, cinco psicólogos e quatro assistentes sociais.

Como uma nova forma de gestão regionalizada dentro do SUS, o hospital mantém convênio com o Consórcio Intermunicipal de Saúde (CIS), criado em 1994, que favorece a contratação de mais 69 profissionais, dentre eles: enfermeiros, técnicos, auxiliares de enfermagem e médicos. O convênio abrange, atualmente, 39 municípios da região Centro-Oeste do Rio Grande do Sul, com uma população em torno de 600 mil habitantes.

Na figura 3, está demonstrada a área de abrangência da região Centro-oeste do Estado do Rio Grande do Sul.



Fonte: Secretaria Estadual de Saúde e Meio Ambiente, 1999

**Figura 3** - Mapa demonstrativo dos municípios da área de abrangência de atendimento do hospital em estudo.

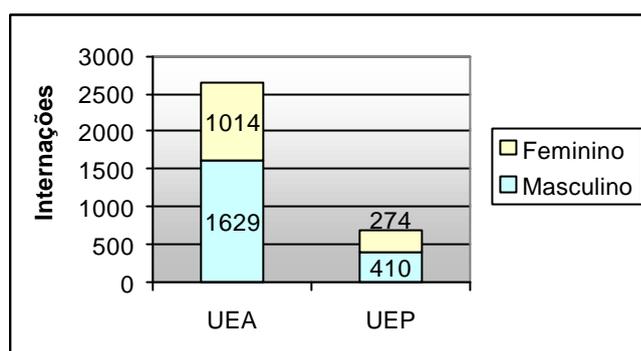
Com o intuito de sanar a deficiência de profissionais ao mesmo tempo em que proporciona campo de ensino, o hospital mantém um sistema de contratação temporária na modalidade de bolsas de assistência<sup>5</sup> aos estudantes, totalizando 313 bolsistas.

O setor de apoio conta com aproximadamente 600 funcionários, distribuídos nos serviços de farmácia, lavanderia, nutrição, costura, almoxarifado, radiologia (Raio X, Ultrassom e Tomografia), SAME, portaria, laboratório, radioterapia e banco de sangue. Alguns serviços (limpeza, manutenção, portaria e vigilância) são terceirizados e contam com 167 profissionais.

Dentro desta realidade institucional, encontra-se o **pronto-atendimento (PA)** que, com o aumento significativo da demanda, tem funcionado também como pronto-socorro e como unidade de internação provisória, enquanto os doentes aguardam leitos nas unidades de internação.

<sup>5</sup> Essas bolsas são oferecidas a acadêmicos dos diversos cursos universitários como forma de aprendizado (medicina e enfermagem), mas também provavelmente como uma estratégia adotada pela instituição no sentido de cobrir a falta de pessoal, principalmente na área administrativa e na de enfermagem.

Conforme dados do Relatório de Estatística (2002), no ano de 2001 o PA atendeu 43.534<sup>6</sup> consultas. Destas, 3.941 necessitaram de internação hospitalar. De acordo com o livro de registro<sup>7</sup> de internações no pronto-atendimento, foram registrados 2.643 doentes adultos e 684 pediátricos internados em regime de urgência e emergência, conforme destacado na figura 4.



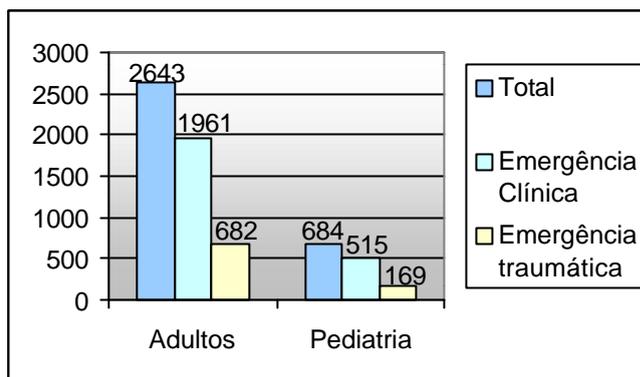
Fonte: Registro de internações do PA, 2001.

**Figura 4** – Internações hospitalares no pronto-atendimento conforme urgência/emergência adulto (UEA), urgência/emergência pediátrica (UEP) e sexo, no período de jan./dez., 2001.

Desse total de internações, ao classificá-las de acordo com a lista de morbidades CID-10, foi possível verificar que, tanto nas emergências com adultos quanto nas emergências pediátricas, as internações com diagnóstico de lesões por causas externas atingiram, no ano de 2001, um percentual de 26 a 30% quando comparadas às demais urgências e emergências clínicas. Na figura 5, encontra-se descrito o total de internações de acordo com o tipo de emergência.

<sup>6</sup> Em 2000, ano em que os trabalhadores não fizeram greve, foram realizadas no PA 62.675 consultas e 11.579 internações hospitalares.

<sup>7</sup> Para controle do fluxo de entrada e saída dos doentes internados no pronto-atendimento foi adotado um livro de registro; por falta de alguns dados, o número de internações não condiz com o número oficial fornecido pelo Setor de Estatística. Como este setor registra somente dados gerais, o perfil dos doentes internados no PA foi elaborado a partir do livro de registros dessa unidade. Portanto, os gráficos e as tabelas constarão com um nº aquém (614) do oficial de internações.



Fonte: Livro de registro de internação do PA, 2001.

**Figura 5** – Internações na unidade de urgência/emergência de adulto e pediatria do pronto-atendimento, conforme diagnóstico de emergência clínica ou traumática, no período de jan./dez., 2001.

Ao fazer um recorte e evidenciar somente as internações por causas traumáticas, pude observar, na tabela 1, que 83% dos doentes permanecem até dois dias no pronto-atendimento, que 15% ficam de três a 16 dias nessa unidade. Considero esses percentuais representativos de que este serviço funciona como um pronto-socorro e, ao mesmo tempo, como unidade de internação intermediária, o que demonstra a necessidade de reorganizá-lo para atender de maneira adequada a tal demanda. Apesar do percentual de permanência no PA (mais de dois dias) ser pequeno, esse é um dos fatores que contribui para manter o quadro de superlotação na unidade.

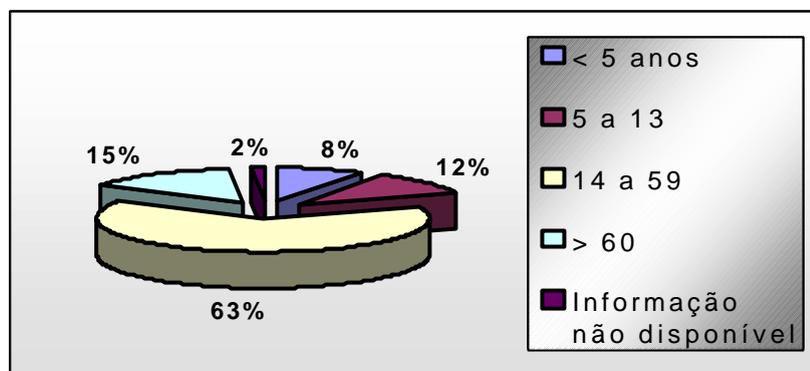
**Tabela 1** – Dias de internação (mínimo e máximo) dos doentes traumatizados no pronto-atendimento, no período de jan./dez., 2001.

Dias de Internação	Total de doentes	%	Mínimo	Máximo
Até 2 dias	710	83.4	0	2
Mais de 2 dias	129	15.2	3	16
Informação não disponível	12	1.4	-	-
<b>Total</b>	<b>851</b>	<b>100</b>	-	-

Fonte: Livro de registro de internação no PA, 2001.

A média de permanência dos doentes traumatizados graves no pronto-atendimento foi de dois dias, sendo que 51% tiveram alta e 49% necessitaram de internação hospitalar.

A média etária desses doentes se alojou na faixa de 14 a 59 anos de idade, conforme mostra a figura 6.



Fonte: Livro de registro de internação do PA, 2001.

**Figura 6** – Doentes traumatizados atendidos no pronto-atendimento, conforme faixa etária, no período de jan./dez., 2001.

Na tabela 2 abaixo, estão discriminados os destinos dos doentes traumatizados, após o atendimento na unidade de pronto-atendimento. É possível perceber que o maior percentual se concentra na alta hospitalar, ou seja, os doentes atendidos eram portadores de trauma leves e, após um período de observação, receberam alta hospitalar.

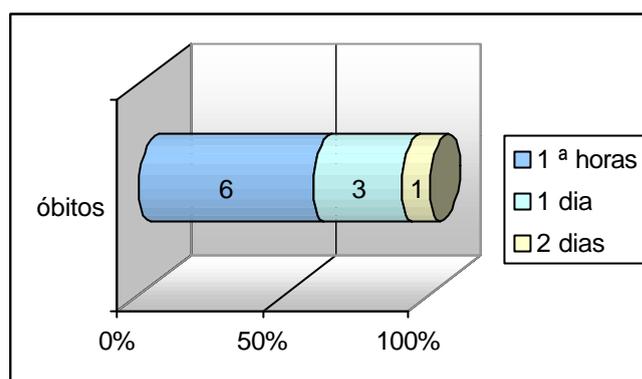
**Tabela 2** – Doentes adultos e pediátricos atendidos em decorrência de trauma e registro do destino após o atendimento no pronto-atendimento, no período de jan./dez., 2001.

Destino	Total adulto	%	Total pediatria	%
Óbito	10	1.5	1	0.6
Alta hospitalar	253	<b>37.1</b>	97	<b>57.4</b>
Bloco Cirúrgico	166	<b>24.3</b>	54	<b>31,9</b>
Unidade de Internação	165	24.1	12	7.1
Centro de Tratamento Intensivo	22	3.2	3	1.7
Transferidos para outros centros	53	7.8	1	0.6
Outros <sup>8</sup>	6	0.8	1	0.6
Informação não disponível	7	1.0	--	--
<b>Total</b>	<b>682</b>	<b>100</b>	<b>169</b>	<b>100</b>

Fonte: Livro de registro de internação do PA, 2001.

<sup>8</sup> Outros, corresponde à alta a pedido do doente ou fuga dele do hospital.

Com relação aos óbitos ocorridos, a figura 7 mostra que 60% desses ocorreram nas primeiras horas de chegada ao hospital, o que pode demonstrar a gravidade dos ferimentos ou alguma implicação no atendimento inicial (desde a fase pré-hospitalar até a intra-hospitalar).



Fonte: Livro de registro de internação do PA, 2001.

**Figura 7** – Óbitos ocorridos no pronto-atendimento, de acordo com o tempo de internação, no período de jan./dez., 2001.

Para atender a demanda que chega à unidade de pronto-atendimento, isto é, em torno de 43 mil consultas e quase quatro mil internações (no ano de 2001), a infra-estrutura dessa unidade está composta por dois consultórios de atendimento a adultos e dois a crianças; por um salão com duas macas para atendimentos de emergência (sala de emergência) e com oito leitos de observação para pacientes adultos; por uma sala com uma maca para atendimento de emergência em pediatria e, ainda, por um salão com quatro leitos para observação pediátrica, totalizando 12 leitos para observação. Essa unidade possui, também, uma sala para atendimentos da traumatologia, uma sala para pequenos procedimentos, duas salas de estar médico e uma sala de lanche.

Os doentes cujo número excede à capacidade da unidade, mas precisam permanecer internados, ficam acomodados em macas ou em cadeiras dispostas nos corredores que dão acesso ao Centro Obstétrico e ao Centro Cirúrgico.

No que tange a recursos tecnológicos imprescindíveis para uma sala de emergência, notei a carência de equipamentos como oxímetro de pulso, prancha rígida e estufa para aquecimento de soluções, o que interfere na qualidade da

assistência prestada. Quando se faz necessário o uso desses equipamentos e não há disponibilidade deles no hospital, eles são substituídos, respectivamente, por exames de laboratório (gasometria arterial), manobras de mobilização do doente em bloco e aquecimento das soluções em microondas.

O quadro funcional do PA conta com 23 médicos plantonistas (pediatras, cirurgiões e clínicos), cinco enfermeiras, um técnico de enfermagem, 13 auxiliares de enfermagem e cinco bolsistas (acadêmicos do curso de enfermagem).

Na escala de enfermagem, esse total de trabalhadores perfaz a média de uma enfermeira e de três a quatro auxiliares de enfermagem por turno. Esta equipe de enfermagem é responsável pelos atendimentos de toda a demanda que chega à unidade, além dos que já estão internados aguardando leitos nas unidades de internação.

Por ocasião da contratação de pessoal, o funcionário acompanha um colega por alguns dias para conhecer o cotidiano da unidade e, após, assume seu lugar de serviço.

O hospital, nos últimos anos, tem possibilitado, tanto aos médicos quanto à equipe de enfermagem do pronto-atendimento, a participação no curso Advanced Trauma Life Support – ATLS contribuindo para a qualificação desses profissionais no desempenho de suas atividades na unidade de emergência.

Para melhor atender a demanda de pacientes em situação de urgência e emergência, que chegam à instituição, está em construção um pronto-socorro regional, anexo ao Hospital em estudo. É previsão que a nova estrutura conte com uma moderna infra-estrutura de atendimento em urgência e emergência.

#### 4.2 – Os sujeitos envolvidos

Para o desenvolvimento deste estudo, ou seja, do processo crítico-reflexivo, contei com a participação de quatro enfermeiras do pronto-atendimento.

Fui auxiliada operacionalmente por duas acadêmicas do 4º semestre do Curso de Enfermagem - bolsistas do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Saúde e Trabalho<sup>9</sup> -, que me auxiliaram a organizar o ambiente e a desenvolver algumas técnicas de grupo e de relaxamento. Dessa forma, pude participar das técnicas e do relaxamento junto com as enfermeiras. Fez parte do grupo, como ouvinte, uma aluna do 7º semestre do Curso de Enfermagem. Ela manifestou interesse ao tomar conhecimento da proposta do trabalho, pois desenvolveria seu estágio de final de curso no PA, com enfoque na humanização da assistência de enfermagem aos pacientes ali atendidos. Participaram, também, da maioria dos encontros, a orientadora e a co-orientadora do projeto, contribuindo e enriquecendo as discussões.

A participação dessas pessoas “estranhas” ao grupo foi acordada verbalmente com as participantes, por ocasião do primeiro encontro.

#### 4.3 – O planejamento das atividades para implementação do processo crítico-reflexivo com as enfermeiras

Convicta da importância e da necessidade de apoio, do interesse e sensibilização tanto das pessoas envolvidas quanto dos dirigentes institucionais para a concretização desse estudo, procurei manter contato individual com as enfermeiras. Como uma delas se encontrava em licença com atestado médico, optei pelo contato telefônico, para convidá-la a participar do grupo. Nesses contatos, tive como objetivo não só sensibilizá-las sobre a importância da participação de todas, como também expor os objetivos, a justificativa, a metodologia do trabalho e as possíveis futuras contribuições desse estudo para o trabalho das enfermeiras na unidade. As enfermeiras acolheram a proposta, reconheceram a importância de refletir sobre o próprio trabalho, para conseguir benefícios que poderiam advir dessa reflexão.

---

<sup>9</sup> Núcleo de Estudos e Pesquisas vinculado ao Departamento de Enfermagem da UFSM e coordenado pela professora Dr.<sup>a</sup> Ana Lúcia Kirchof; criado em 1997, desenvolve estudos e pesquisas na área da saúde do trabalhador, relacionando-os com conteúdos de educação, de gestão ou mesmo dos processos de trabalho.

Nessa ocasião, entreguei o consentimento informado e esclarecido (apêndice 1), assegurando o anonimato dos sujeitos e a garantia de acesso aos resultados do estudo.

Após a aceitação por parte do grupo, encaminhei ofício à Direção de Enfermagem (apêndice 2), com o propósito de obter a autorização para o desenvolvimento do já citado estudo. Obtida a autorização, o projeto foi encaminhado à Comissão de Ensino e Pesquisa da Instituição para registro e autorização da publicação dos dados obtidos.

A partir daí, em diálogo com a Coordenadora da Área de Apoio, indaguei se havia possibilidade de um enfermeiro de outro setor ser designado para substituir a enfermeira que estivesse de plantão no horário dos encontros. Esta preocupação era resultante do fato de a unidade de pronto-atendimento ter somente uma enfermeira por turno. A coordenadora se pôs à disposição e disse que daria cobertura à enfermeira no período em que ela estivesse reunida com o grupo e, também autorizou mais uma folga às enfermeiras, na escala de trabalho.

Transcorridos os trâmites legais, foram agendados os dias, local e horário para os encontros com o grupo.

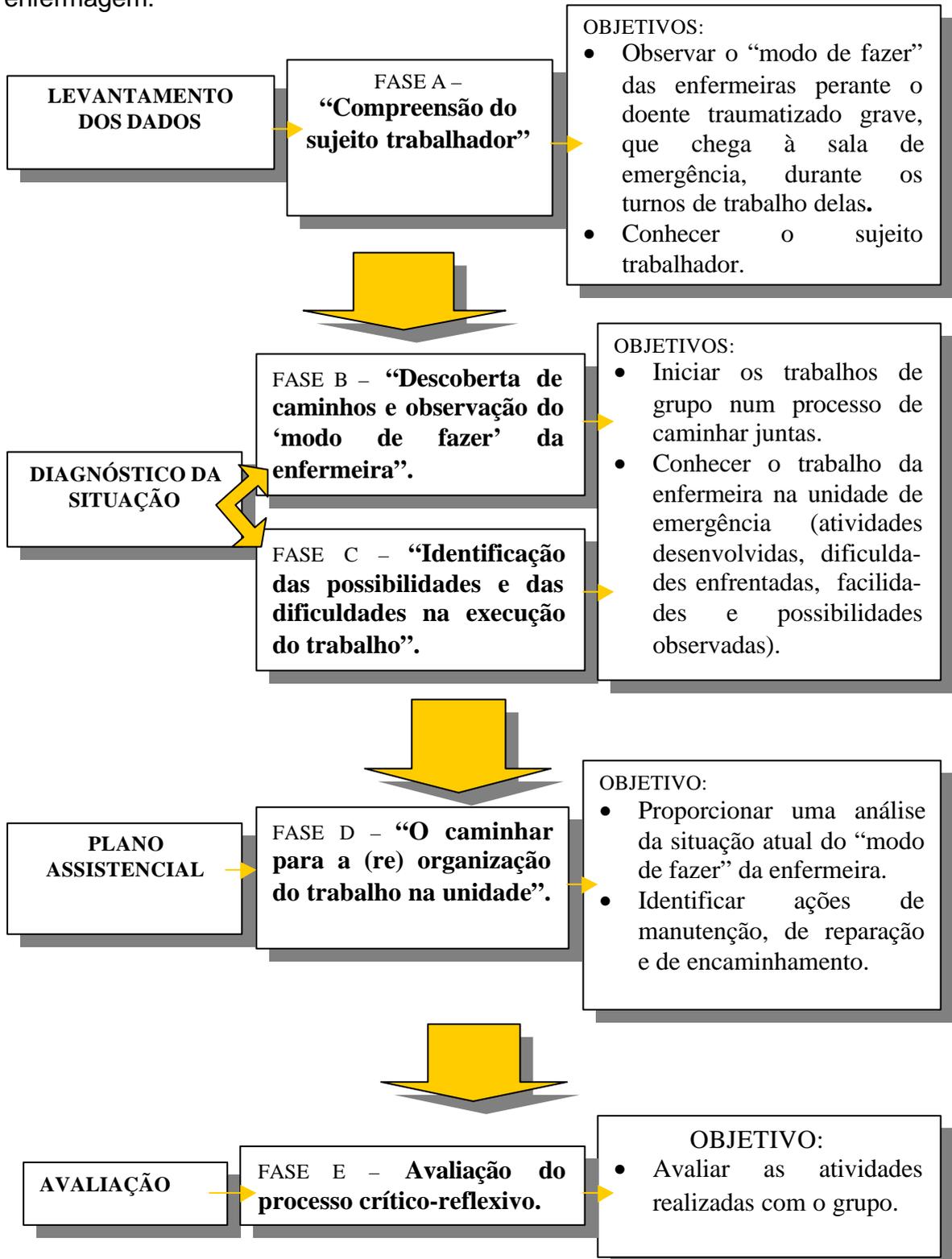
#### 4.3.1 – Etapas metodológicas do processo crítico-reflexivo

Ao elaborarem a Teoria Sócio-humanista, Capella e Leopardi (1999) desenvolveram uma metodologia, que elas entendem como um “modo de fazer” o trabalho de enfermagem e a explicitam em seis etapas preliminares, para serem desenvolvidas junto ao **sujeito portador de carências de saúde**, quais sejam:

(1) Identificação do portador da necessidade; (2) processo de viver, ser saudável e adoecer; (3) projeto cooperativo de trabalho; (4) negociação e implementação; (5) processo de avaliação e/ou replanejamento; e (6) possibilidades e limites institucionais e legais (p. 163).

Como meu objeto de estudo é diferenciado do das autoras, ou seja, é o **sujeito trabalhador**, adequei essa metodologia, de forma a contemplar as necessidades das enfermeiras do pronto-atendimento. As etapas foram

subdivididas de acordo com o esquema demonstrado, a seguir, no processo de enfermagem:



**Figura 8** – Diagrama das etapas metodológicas do processo crítico-reflexivo.

Essas etapas estarão descritas na seqüência em que foram desenvolvidas na coleta de dados.

#### 4.3.2 – Coleta de dados

Serviram de veículo para a coleta de dados um instrumento usado como apoio para os encontros, um período de observação participante, e seis encontros de reflexão com o grupo.

Inicialmente, apresento, na íntegra, as questões que compõem o instrumento, para explicar, mais detalhadamente, as fases esquematizadas no processo crítico-reflexivo.

##### a - Instrumento de coleta de dados

Para a coleta de dados, elaborei um instrumento, que foi subdividido em cinco fases e aplicado parte na observação de campo, na forma de questionário; parte nos encontros como subsídio para abordar as discussões com o grupo.

A seguir, estão descritas as fases e os momentos de aplicação.

#### **FASE A– Compreensão do sujeito trabalhador:**

Esta fase foi desenvolvida durante a observação de campo e complementada, principalmente, no primeiro encontro.

##### **A.1 - Identificação**

Codiname:.....idade:.....

Há quantos anos exerce a profissão de enfermeira?.....

Cargo ou Função:.....

Há quantos anos trabalha na instituição?.....

Quais os setores em que já trabalhou?.....

Trabalha, no atual setor, há quanto tempo?.....

Motivo de estar trabalhando nesse setor ( ) transferência à pedido

( ) transferência por indicação da direção

( ) outro.....

Como ocorreu sua integração no setor: foi apresentado à equipe? recebeu capacitação específica antes de iniciar as atividades? a unidade e a instituição foram mostradas a você? foi informada da missão, filosofia e políticas da instituição?.....

Você já trabalhou, anteriormente, em unidade de urgência/emergência?.....

Você participou de algum curso específico em urgência/emergência, nos últimos cinco anos? Qual (is)?.....

## **A.2 - A vida profissional e a saúde/doença do sujeito trabalhador**

Seu trabalho lhe causa:

( ) estresse ( ) ansiedade / angústia ( ) prazer ( ) alegria ( ) raiva

( ) outros sentimentos desse gênero? Quais?.....

Você possui algum problema de saúde? Qual(is)?.....

Nos últimos cinco anos, precisou ficar afastada do trabalho? ( ) Sim ( ) Não

Em caso afirmativo, teve alguma relação com o trabalho? ( ) Sim ( ) Não

Em caso afirmativo, em que medida sua doença afeta seu trabalho?.....

Em que medida sua doença afeta sua vida familiar e sua vida afetiva?.....

Você tem outro emprego?.....

Houve algum fato importante, relacionado a sua saúde, que você gostaria de relatar?.....

### **FASE B – Descoberta de caminhos e observação do “modo de fazer” da enfermeira**

As questões 2 e 3, desta fase foram aplicadas durante a observação de campo e as demais (1, 4 e 5) serviram de subsídio para as discussões no segundo encontro.

1 - No seu dia-a-dia, na sala de emergência durante o atendimento ao traumatizado grave, você se ampara em alguma metodologia para a assistência de enfermagem? Qual?.....

2 - Qual é o trabalho da enfermeira na unidade de urgência/emergência? Expresse-o por meio de anotações das atividades realizadas diariamente, durante um período de cinco dias:.....

3 - Quais as ações que você realizou, nos últimos cinco dias, perante o doente traumatizado grave que chegou à sala de emergência?.....

4 - Como você interpreta o trabalho da enfermeira na unidade de emergência?.....

5 - Na sua concepção, quais as ações que a enfermeira deveria realizar nessa unidade?.....

### **FASE C – Identificação das possibilidades e das dificuldades na execução do trabalho**

Os questionamentos desta fase serviram de subsídios para as discussões do terceiro, quarto e quinto encontros.

1 - Quais as facilidades que o serviço na unidade de urgência/emergência oferece para o desenvolvimento dessas atividades?.....

2 - Quais as dificuldades que você encontra para desenvolver as atividades listadas ?.....

3 – Em seu entender, como a enfermagem pode romper com as dificuldades inerentes ao seu trabalho? Quais as possibilidades que você aponta para a viabilização desse trabalho?.....

### **FASE D – O caminhar para a (re)organização do trabalho da enfermeira**

Esta fase foi desenvolvida no sexto encontro, em que foram realizadas:

1. Ações de manutenção:.....
2. Ações de reparação:.....
3. Ações de encaminhamento:.....

### **FASE E – Avaliação do processo crítico-reflexivo**

As questões desta fase foram entregues às enfermeiras no sexto encontro.

O que significou para você a experiência vivida em grupo?.....

O que, nessa experiência, mais lhe chamou a atenção?.....

A experiência vivida com o grupo representa uma possibilidade de aprimoramento e desenvolvimento de suas competências pessoais e profissionais? ( ) Sim ( ) Não. Por quê?.....

Você considera importante e necessário participar de momentos que dêem continuidade às atividades desenvolvidas no grupo?

( ) sim ( ) não Se positivo, sugira modalidades.....

Você considera que a metodologia proposta nesse estudo serviu para:

1 – Tomar consciência de seu trabalho, de sua forma de pensar e atuar como profissional? ( ) Sim ( ) Não. Por quê?.....

2 – Tomar consciência dos problemas vividos pelo grupo? ( ) Sim ( ) Não.  
Por quê?.....

3 – Avançar rumo a um atendimento mais humanizado e de qualidade? ( )  
Sim ( ) Não. Por quê?.....

4 – Entender o modo de fazer o trabalho da enfermeira como um  
instrumento de trabalho que deve ser colocado em prática pela equipe? ( ) Sim ( )  
Não. Por quê?.....

#### b – As observações no campo de estudo

O período de observação de campo foi previsto com a finalidade de conhecer o “modo de fazer” das enfermeiras, ou seja, observar como cada uma procedia em seu trabalho perante o doente traumatizado grave. E anotar as semelhanças, as diferenças e as peculiaridades de cada uma, a fim de obter subsídios para as discussões nos trabalhos em grupo.

Para atender a essa finalidade, utilizei como estratégia a observação participante (TRENTINI e PAIM, 1999), engajei-me nas atividades apropriadas da situação social, observando e registrando: as atividades, os atores com suas relações e com seus aspectos físicos da situação, ou seja, investiguei uma situação da qual eu já fazia parte, acrescentando objetivos com o propósito de analisar, refletir e relacionar o que seria observado.

As observações foram realizadas nos turnos da manhã (das 6h50min. às 13h10min.) e no da noite (das 18h50min às 22h), com três enfermeiras, pois uma se encontrava em licença para tratamento de saúde. Das enfermeiras observadas, uma pertencia ao turno da manhã e duas ao da noite. O turno da tarde não participou da observação por ser meu turno de trabalho na unidade.

Como roteiro para a observação, adotei um instrumento (apêndice 3) contendo os seguintes itens, que considerei importantes para o levantamento dos dados: particularidades na passagem do plantão; atividades que eram desenvolvidas pela enfermeira durante o turno; fluxo de chegada do doente

traumatizado grave; atividades desenvolvidas no atendimento a esse doente e a seu familiar; relação da enfermeira com a equipe, com os serviços de apoio e com os familiares; dificuldades (material/equipamento/técnica) enfrentadas durante o atendimento; duração do primeiro atendimento; destino do doente traumatizado grave e uma breve avaliação dos registros de enfermagem sobre o atendimento.

De acordo com esse roteiro, estabeleci os seguintes parâmetros para a observação:

- Condições materiais e tecnológicas: ter disponível todos os materiais e equipamentos necessários e, também, ter conhecimento específico para um atendimento de qualidade. Como as enfermeiras já haviam participado do ATLS, eu observaria se a seqüência dos “ABCDEs”, preconizada por tal curso, era seguida durante o atendimento;
- condições físicas e ambientais: deveria ter uma infra-estrutura adequada (macas da emergência desocupadas e sala de emergência organizada e revisada) para um atendimento eficiente;
- condições de trabalho da enfermeira: pretendia observar: a organização e a gerência do trabalho da enfermeira; força de trabalho em cada turno; a sobrecarga de atividades e educação em serviço.

As observações eram registradas, durante o transcorrer do plantão, em um diário de campo, para que não houvesse perda de informações. Para cada observação, eu chegava à unidade e dizia à equipe o objetivo pelo qual estava ali, assim, eu iniciava a observação desde o recebimento até a passagem de plantão. Nos plantões noturnos, eu permanecia até às 22h, período de maior fluxo de chegada de pessoas com trauma grave.

Inicialmente se propôs a observação do trabalho de cada uma das enfermeiras perante o doente traumatizado grave. Frente à redução de demanda no período disponibilizado para tal, optou-se por promover uma discussão com as enfermeiras envolvidas sobre a única observação realizada na forma de uma dramatização (apêndice 4). Nesta, as enfermeiras tiveram como tarefa o levantamento dos pontos fortes, dos pontos frágeis e dos dilemas éticos

envolvidos durante a assistência prestada. Esses procedimentos foram discutidos no grupo, ao final da dramatização.

Para desenvolver a dramatização, descrevi o atendimento observado e convidei as acadêmicas do Curso de Enfermagem para participarem como atores da história. Após alguns encontros para ensaios, a dramatização foi apresentada ao grupo no 4º encontro.

No primeiro dia de observação, entreguei às enfermeiras a **Fase A** do instrumento. Com o preenchimento dessa fase, o objetivo foi o de obter referências sobre o sujeito trabalhador, no que tange a sua vida profissional e a sua relação saúde/doença. Este instrumento foi preenchido e devolvido no mesmo dia.

As questões<sup>10</sup> dois e três da **Fase B** do instrumento, que tinham por objetivo - conhecer qual era o método de trabalho da enfermeira no desempenho de suas atividades na unidade, de uma forma geral e perante o doente traumatizado -, foram entregues às enfermeiras no primeiro dia de observação de campo e respondidas no decorrer de cinco dias trabalhados.

Posteriormente, esses dados foram agrupados e trabalhados pelo grupo durante os encontros.

Encerrado o período de observação, agendei, de acordo com a disponibilidade das enfermeiras, os dias para os encontros.

c – Os encontros com o grupo:

Os grupos foram utilizados como estratégia complementar de coleta de dados, conforme Munari e Rodrigues (1997).

Inicialmente, eu havia previsto quatro encontros. No decorrer das atividades, por entender que o trabalho proposto era de construção coletiva e era

---

<sup>10</sup> Este tipo de questionamento foi inspirado (e adaptado a este estudo) em Mazzorani (2001) que o utilizou ao trabalhar com enfermeiras da Rede Básica de Saúde, como uma das estratégias para desvelar o que é, o que pode e o que deve ser o trabalho da enfermagem nas unidades básicas de saúde.

uma prática de investimento no grupo, percebi que necessitava respeitar o ritmo e as reflexões do grupo, ou seja, trabalhar sem pressa. Por este motivo, foram necessários mais dois encontros, os quais foram acordados com o grupo.

Desde o início dos trabalhos, adotei o critério de comprometimento com os envolvidos e de reconhecê-los como sujeitos conhecedores de suas realidades. Nessa perspectiva, procurei valorizar o diálogo e a problematização da realidade, com vistas à possibilidade de produção permanente de conhecimento e à construção de alternativas de intervenção na prática cotidiana. O diálogo e a participação das pessoas envolvidas foram a linha reguladora que permeou todo o desenvolvimento deste estudo. A vontade e, talvez, a necessidade, que cada participante tinha de expor seus pensamentos, questionamentos e suas sugestões, fizeram com que a duração dos encontros, que estava programada para cinquenta minutos, precisasse ser alterada para um tempo médio de duas horas, alteração aceita com tranquilidade pelo grupo.

O período dos encontros foi de maio a junho de 2001, totalizando seis encontros, realizados em uma sala de estudos nas dependências do próprio hospital. Foi escolhido um ambiente arejado e confortável, que limitasse os estímulos constrangedores e a dispersão dos participantes (MUNARI e RODRIGUES, 1997).

O local era preparado com cadeiras em semicírculo, a fim de favorecer o diálogo. Nesse ambiente, tínhamos disponível um quadro negro, no qual escrevia frases de boas vindas e que, ao mesmo tempo, contribuíssem para as reflexões estimuladas em cada encontro.

As reflexões e as discussões fomentadas no grupo foram gravadas, além de serem fotografados<sup>11</sup> alguns momentos da reunião, conforme prévia autorização das participantes.

Nos encontros, utilizei, como material de apoio, textos de Capella e Leopardi (1999), de Nietzsche (1996) e ainda o instrumento - descrito

---

<sup>11</sup> As fotografias estão exibidas no relatório apresentado à Disciplina de Prática Assistencial. Não serão impressas na dissertação, pois há o cuidado de preservar a identidade das participantes.

anteriormente - que me auxiliou na caracterização do trabalho das enfermeiras, pois serviu como ponto de partida para as reflexões e discussões do grupo.

A frequência das enfermeiras nos encontros foi de 100%, confirmando o interesse do grupo em participar do processo.

Os encontros foram planejados da seguinte forma:

- O Primeiro Encontro: **O início da caminhada...**

Para este primeiro encontro, programei uma apresentação das participantes, seguida da explanação do projeto de estudo e, por fim, foram iniciadas as atividades sobre os conceitos de processo de trabalho, processo de trabalho em saúde e em enfermagem, segundo Capella e Leopardi (1999).

No decorrer do encontro, foram utilizadas técnicas de sensibilização e de inclusão das participantes, bem como de integração entre elas. Além dessas atividades, realizei uma oficina sobre “Processo de Trabalho” que teve por objetivo compreender o conceito de processo de trabalho e seus elementos, a partir de um produto construído pelo grupo.

Ao final do encontro, por meio da resposta à pergunta “*Se eu fosse uma pedra preciosa eu seria...*”, cada uma escolheu o nome da pedra que mais gostava e o escreveu num bilhete que me foi entregue. Dessa forma, as falas das participantes, no transcorrer da dissertação, estarão identificadas pelo nome das pedras escolhidas por elas: Esmeralda, Topázio, Rubi e Cristal.

Ainda por ocasião do primeiro encontro, foi firmado um compromisso entre nós: o de sermos responsáveis pela experiência ali vivenciada, pois a participação de cada uma era fundamental, para que obtivéssemos resultados positivos na nossa prática profissional. Para demonstrar a importância de cada uma no estudo, o grupo foi comparado a um quebra-cabeça; para que ele seja integralmente montado, é necessário ter presente todas as peças.



**Figura 9** – O compromisso

Optamos, então, por fazer um quebra-cabeça contendo a frase: **“Queremos melhorar o nosso trabalho”**. A partir dessa resolução, escrevemos a frase e recortamos o papel que a continha em cinco pedaços. Cada participante ficou responsável por um pedaço do quebra-cabeça, que seria montado sempre no início de cada encontro; reafirmando, simbolicamente, o nosso compromisso. Essa atividade foi realizada em todos os encontros com muita descontração.

- O Segundo Encontro: **“Descoberta de caminhos e observação do ‘modo de fazer’ da enfermeira”**

Para desenvolver este encontro, utilizei como subsídio para as discussões as questões da **Fase B** do instrumento, descrito anteriormente. Em um cartaz, foram listadas previamente as questões 2 e 3, sobre as atividades desenvolvidas pelas enfermeiras, e foram enfocadas questões de como era percebido esse trabalho, qual a metodologia utilizada e, ainda, a identificação do que era e o que não era trabalho da enfermeira.

- O Terceiro Encontro – **“Identificação das dificuldades na execução do trabalho da enfermeira”**

Para introduzir as reflexões da **Fase C** do instrumento de coleta de dados, fiz a leitura e discussão do texto “O micropoder no processo de trabalho dentro da estrutura hospitalar: vivenciando uma história” (NIETSCHE, 1996). Foi resgatado o cartaz sobre a lista de atividades indicadas para uma enfermeira e centrado as

reflexões nas **dificuldades** encontradas no trabalho desenvolvido perante o doente traumatizado grave. Para esta atividade, foi entregue um roteiro guia (apêndice 5), para ser respondido individualmente e, após, discutido coletivamente.

Como as discussões se voltaram para o trabalho geral da enfermeira na unidade, foi necessário readequar o planejamento, para o que sugeri mais dois encontros. A proposta foi aceita pelo grupo.

Propus, no término das reflexões, que as enfermeiras, até o próximo encontro, refletissem sobre o que era para elas os conceitos de: **doente traumatizado grave, enfermeira de unidade de emergência e trabalho da enfermeira nessa unidade.**

Encerrei o encontro desenvolvendo atividades lúdicas com o objetivo de proporcionar momentos de descontração e relaxamento.

- O Quarto Encontro – **“Identificação das facilidades na execução do trabalho da enfermeira”**

Para este encontro, objetivei continuar as reflexões, enfocando a questão 1 da **Fase C** do instrumento de coleta de dados, com o propósito de fazer um levantamento das **facilidades** (apêndice 6) que tal espaço hospitalar oferece para o desenvolvimento do trabalho da enfermeira e iniciar as reflexões sobre este trabalho perante o doente traumatizado grave. Foi retomado o cartaz das atividades da enfermeira, foram pontuadas e discutidas as facilidades, coletivamente.

Para as reflexões sobre o trabalho da enfermeira perante o doente traumatizado grave, foi apresentada às enfermeiras uma **dramatização**, elaborada a partir das observações de campo. Com o auxílio de um roteiro (apêndice 7), entregue no início da dramatização, as enfermeiras listaram **pontos fortes, pontos fracos e implicações éticas** percebidas no atendimento dramatizado que, ao final, foram discutidos coletivamente.

Nesse encontro, houve ainda, a **reflexão sobre os conceitos** pesquisados pelas enfermeiras, conforme a solicitação feita no encontro anterior, ou seja, os conceitos de doente traumatizado grave, de enfermeira de unidade de emergência e do trabalho da enfermeira.

- O Quinto Encontro – “**Identificação das dificuldades e das possibilidades no trabalho específico da enfermeira perante o doente traumatizado grave**”

Para este encontro, tive como finalidade possibilitar o diálogo e as reflexões sobre **o que dificulta e o que facilita o trabalho das enfermeiras perante o doente traumatizado grave.**

A fim de atender a este objetivo, utilizei a estratégia de trabalho individual para identificação das dificuldades e posterior reflexão coletiva com base nos dados emergidos. A mesma estratégia foi utilizada para identificar as facilidades. Os resultados foram compartilhados e discutidos pelo grupo.

- O Sexto Encontro – “**O caminhar para a (re)organização do trabalho da enfermeira**”.

Este encontro teve por objetivo possibilitar ao grupo, por intermédio da análise crítica sobre o apreendido até aquele momento, **adotar ações de manutenção, de reparação e de encaminhamento** com vistas às possibilidades observadas.

A discussão foi encaminhada a partir das reflexões anteriores, que envolveram a tomada de consciência das enfermeiras sobre seus trabalhos e a adoção de ações de manutenção, de reparação e de encaminhamento.

Para atingir os objetivos foram utilizadas como estratégias:

- discussão coletiva sobre a questão três da **Fase C** do instrumento de coleta de dados, no que tange às possibilidades observadas para rompimento com as dificuldades encontradas;
- aplicação da **Fase D** do instrumento (ações de manutenção, de reparação e de encaminhamento);
- aplicação da **Fase E** do instrumento no que tange à avaliação das atividades desenvolvidas.

A estratégia, para alcançar o proposto, era, com base em todas as discussões levantadas durante os encontros, fazer as enfermeiras negociarem no grupo:

- quais as ações executadas por elas, na unidade de emergência, que seriam mantidas;
- quais as ações deveriam ser reparadas, considerando que essa reparação estava dentro da governabilidade delas;
- quais as ações necessitariam ser reparadas, porém estavam fora da governabilidade delas, portanto, seriam encaminhadas como sugestões aos setores competentes.

Para finalizar o processo reflexivo realizado com as enfermeiras, escolhi o texto “A centopéia que sonhava” de Herbert de Souza (1999), com o objetivo de sinalizar para a importância do trabalho ser desenvolvido coletiva e cooperativamente. Foi realizada, também a avaliação das atividades desenvolvidas durante os encontros.

#### 4.3.3 – Análise dos dados

O foco da análise foi centrado no referencial teórico deste estudo, levando em conta que o sujeito trabalhador incorpora fenômenos relacionados ao modo como experimenta o trabalho em sua vida, especialmente no que tange à sua

capacidade de pensar, construir e reconstruir conhecimentos e práticas, em uma perspectiva sócio-humanista.

No entanto, quando necessário, foram buscados outros autores, de acordo com os dados que emergiram de cada encontro.

## **5 RELATO E DISCUSSÃO DO PROCESSO CRÍTICO-REFLEXIVO**

Este capítulo apresenta e discute o processo reflexivo sobre o trabalho da enfermeira na unidade de emergência e quais as dificuldades e as facilidades para desenvolver tal trabalho

Inicialmente, será apresentada uma caracterização dos sujeitos envolvidos, seguida de uma descrição das observações de campo e dos encontros com o grupo, de acordo com as fases das etapas metodológicas.

### **5.1 - FASE A – Compreensão do Sujeito Trabalhador**

#### **5.1.1 – O Sujeito Trabalhador**

Os sujeitos deste estudo, as enfermeiras da unidade de pronto-atendimento, têm idade entre 27 e 51 anos e exercem suas funções conforme discriminado na figura 10, a seguir:

Tempo de conclusão do Curso de Enfermagem	Tempo de trabalho		Outras funções exercidas <sup>12</sup>
	Instituição	PA	
6 anos	20 anos	6 anos	Auxiliar de enfermagem <sup>(*)</sup> Bolsa de assistência <sup>(**)</sup> Facilitadora do Curso Técnico de enfermagem
23 anos	6 anos	6 anos	Docente (Curso de Enfermagem)
17 anos	5 anos	3 anos	Técnica de enfermagem <sup>(*)</sup> Bolsa de assistência <sup>(**)</sup>
3 anos	3 anos	2anos e 6meses	Professora Supervisora (Curso de Enfermagem)

**Figura 10** – Sujeito trabalhador, considerando: tempo de conclusão do curso superior, tempo de trabalho na instituição, no PA e outras funções exercidas.

Como pode ser observado na Figura 10, o tempo de conclusão do curso superior variou entre três e 23 anos. Na instituição, as enfermeiras estão trabalhando durante um tempo que varia de três a 20 anos. No entanto, para duas participantes, a atuação na função de enfermeira é recente e condiz com o tempo de trabalho no pronto-atendimento. Esse tempo no PA, para as quatro participantes, variou de dois anos e meio a seis anos. Destas, uma ao ser contratada, foi designada diretamente ao setor de emergência há seis anos; a outra trabalhou por alguns meses na unidade de tocoginecologia e está no pronto-atendimento há dois anos e seis meses. As outras duas participantes iniciaram suas atividades na instituição na função de auxiliar e de técnica de enfermagem; vale dizer, uma trabalhou por 14 anos como auxiliar de enfermagem na unidade de tocoginecologia e está no pronto-atendimento há seis anos (tempo que condiz com a conclusão do curso de enfermagem); a outra executou, durante dois anos, as tarefas de técnica de enfermagem nos centros obstétrico e cirúrgico, na sala de recuperação, na UTI pediátrica e no centro de material e esterilização e está na unidade de emergência há três anos (tempo que condiz com a aprovação no concurso para enfermeiro e conseqüente contratação).

12 (\*) Função exercida na instituição antes da contratação para o cargo de enfermeira. (\*\*) Atividade desenvolvida pela enfermeira da instituição, que vai além de sua jornada de trabalho habitual, entendida como estratégia adotada pela instituição para cobrir a falta de pessoal.

É possível depreender dessa informação - sobre o tempo de trabalho como enfermeira - que o grupo é jovem na profissão. Duas enfermeiras trazem na bagagem as vivências enquanto auxiliar e técnica de enfermagem e outra traz para a assistência, as vivências como docente em um Curso de Enfermagem.

A transferência das enfermeiras para o pronto-atendimento foi por indicação da Direção de Enfermagem, logo após um concurso. Este dado vem ao encontro do que Leite e Ferreira (2000) afirmam, em estudo realizado com uma equipe de enfermagem de um hospital universitário da região Sul, que as dificuldades maiores ao realizar o processo de inclusão de novos integrantes em unidades de emergência, se deve ao seguinte fato:

(...) pelas regras democráticas de remanejamento interno na equipe, é justamente na emergência onde costumam sobrar as 'vagas finais', indesejadas pela maioria dos que já fazem parte da enfermagem, razão pela qual costuma ser um dos setores que mais recebe os novos integrantes, já que estes são os últimos a exercer seu direito de escolha, tendo que aceitar o lugar que sobrar (p. 62).

A sugestão dos autores é que se busque novas estratégias de inclusão e apontam como uma possível solução dar preferência à colocação inicial dos "novatos" em outras unidades, mesmo que temporária, proporcionando dessa forma uma "primeira etapa de inclusão" na instituição e, só depois, "uma segunda etapa de inclusão na emergência". Considero essa sugestão muito pertinente, pois propicia ao trabalhador um melhor conhecimento da instituição e do trabalho desenvolvido nela e possibilita a ele uma maior segurança para desenvolver o trabalho em uma situação de emergência. No entanto, caso não seja possível concretizar o processo de inclusão na instituição dessa forma, acredito que o trabalhador deva passar por um período de capacitação na unidade designada para, posteriormente, assumir o trabalho no turno.

Essas sugestões ganham reforço quando é explicitada a forma como as enfermeiras deste estudo foram integradas na unidade e na instituição na época da admissão. Transparece nas falas que, apesar de terem sido bem recepcionadas na unidade de trabalho, houve falta de uma política institucional de inclusão dos novos funcionários.

*Fui muito bem recebida pela chefia e equipe de enfermagem principalmente. Só não fui treinada antes de iniciar as atividades. Logo*

*que fui admitida, acompanhei por uma semana outra colega e, após, assumi escala no noturno. Fui buscando maiores orientações no decorrer do trabalho (Topázio).*

*Foi boa, devido a eu já conhecer a maioria dos integrantes da equipe. Fui apresentada à equipe, mas não recebi capacitação e não fui informada formalmente como era o funcionamento da unidade. Mais tarde, à medida que eu ia conversando com os colegas é que conseguia tirar as dúvidas (Esmeralda).*

Essas falas demonstram que, para desempenhar o trabalho em unidade crítica, nas quais surgem situações complexas, é necessário o conhecimento da dinâmica da unidade e o desenvolvimento de habilidades específicas para o atendimento de emergência.

Aliado a isso, soma-se o fato de que todas as enfermeiras referiram nunca ter trabalhado, anteriormente, em unidade de emergência. Essa realidade, por si só, pode ser geradora de ansiedade no trabalho, necessitando, no meu entendimento, de um maior investimento por parte da instituição, na forma de um programa de inclusão na admissão dos funcionários, a fim de proporcionar um melhor engajamento do trabalhador na unidade para a qual será designado.

A inclusão adequada do trabalhador é importante, pois o trabalho em uma unidade crítica, como a do pronto-atendimento, pode desencadear inúmeros sentimentos que podem afetar tanto na prestação da assistência aos doentes graves e seus familiares, quanto no desenvolvimento do trabalho com a equipe multiprofissional. Tais sentimentos “vão da impotência à onipotência, da alegria à tristeza, da esperança à desesperança” (BECK, 2001, p.17).

Alguns desses sentimentos podem ser observados a partir das declarações das enfermeiras. Elas dizem que, apesar do prazer e da alegria que sentem em desenvolver um trabalho do qual gostam muito, outros sentimentos são elencados, como, por exemplo: tristeza, ansiedade, angústia, raiva, decepção, etc. Esta contradição foi expressa pela totalidade das participantes ao serem questionadas sobre quais sentimentos o trabalho lhes causava, elas afirmaram:

*satisfação, porque faço o que gosto, mas, ao mesmo tempo, decepção pelos baixos salários e pelas condições impostas pelo sistema. Além destes, também tenho sentimentos de angústia, ansiedade, raiva, prazer e estresse ... (Cristal).*

*o trabalho me causa muito prazer, mas também insatisfação e angústia, quando, por exemplo, observo que não se desenvolve como gostaria por*

*algum motivo como por exemplo, falta de leitos, atendimento médico... (Esmeralda).*

*assim como sinto prazer e alegria, também sinto ansiedade e tristeza devido à situação dos pacientes mal acomodados e a sobrecarga para a equipe. O trabalho me causa, também, estresse (Rubi).*

Essas manifestações vão ao encontro da afirmação de Dejours (1992), de que o sofrimento dos trabalhadores pode se manifestar sob dois aspectos que são a insatisfação e a ansiedade. É possível perceber nas falas que a insatisfação está vinculada, principalmente, a aspectos relacionados com as condições de trabalho e com sua organização.

Nessa perspectiva e considerando, ainda, a subjetividade do trabalhador, aliada à complexidade do trabalho, é possível depreender o quão fundamental deve ser o empenho dos gestores e dos trabalhadores de saúde em estabelecer uma política de organização do trabalho, que leve em conta tanto a divisão hierárquica de homens quanto a divisão do trabalho, uma vez que, segundo Dejours (1992), essas são situações potencialmente desestabilizadoras para a saúde mental dos trabalhadores.

A partir dessas reflexões, penso que é preciso lançar mão de estratégias para a organização do trabalho em saúde, levando-se em conta que, conforme Silveira Júnior e Vivacqua (1996),

*no contexto organizacional, a estratégia corresponde à capacidade de se trabalhar contínua e sistematicamente o ajustamento da organização às condições ambientais em mutação, tendo em mente a visão de futuro e a perpetuidade organizacional (p. 13).*

Os autores entendem, ainda, que a estratégia “nada mais é do que o universo-meio para se atingir o universo-fim” (p.13).

A falta de estratégias na organização do trabalho gera dificuldades de enfrentamento das situações vivenciadas pelo trabalhador. A enfermeira, enquanto profissional-referência<sup>13</sup> para os demais trabalhadores, para os pacientes e familiares, apresenta sinais de sofrimento, pois, algumas vezes, a sua

---

<sup>13</sup> Outros autores (CAPELLA e LEOPARDI, 1999; GUSTAVO, 2001; BECK, 2001) também identificam a enfermeira de modo geral como uma profissional-referência, dentro das instituições de saúde.

intervenção é reduzida devido às condições e os limites impostos pela organização. Nesse caso específico, pode-se citar, como exemplo, um fato corriqueiro na unidade de emergência: a necessidade de internação de um doente e a inexistência de leitos vagos. Tal situação é muito freqüente, e o doente pode ficar internado, tendo como leito uma cadeira.

Disso decorre que a falta de condições de trabalho aliada à falta de estratégias para a condução das situações de sofrimento no trabalho, pode levar o trabalhador a uma fragilização e a um desencadeamento de distúrbios de ordem física e psíquica.

Para Dejours e Abdoucheli (1994, p.125), a maioria dos pesquisadores médicos e ergonômicos enfoca que as pressões ligadas às condições de trabalho “têm por alvo principal o corpo dos trabalhadores onde elas podem ocasionar desgaste, envelhecimento e doenças somáticas”. Estes autores alertam, no entanto, que, além do desgaste físico, ocorre também sofrimento psíquico, pois “um corpo” é de um sujeito portador de desejos e projetos.

Em face disso, considerei importante conhecer e listar as doenças apresentadas pelas enfermeiras no último ano as que elas relacionassem ao trabalho. Identifiquei que 50% das enfermeiras referiram ter tido problemas de saúde. Destas, uma tem diagnóstico de hipertensão e hipotireoidismo e necessitou ficar afastada do trabalho por um período de 30 dias. A outra apresentou um problema dermatológico de origem auto-imune e se encontra afastada do trabalho há seis meses.

Ao serem questionadas se o aparecimento das doenças teve alguma relação com o trabalho, obtive como resposta que, “*segundo diagnóstico médico, a doença está diretamente relacionada ao estresse no trabalho*” (Esmeralda e Topázio).

Outro fato importante a ser considerado é que todas as enfermeiras, além do trabalho no pronto-atendimento, possuem outras atividades, seja fora (docente; supervisora de estágio), seja dentro da própria instituição (facilitadora do Curso Técnico de Enfermagem; bolsa de assistência).

Para cumprir a carga horária estipulada pela bolsa, por exemplo, há a necessidade da permanência da enfermeira, dentro na emergência por um período de tempo bastante prolongado, a fim de cumprir sua carga horária normal (36 horas semanais) e a da bolsa (20 horas semanais), perfazendo uma carga horária semanal em torno de 56 horas.

Este fato é merecedor de algumas reflexões por parte dos trabalhadores e da Direção de Enfermagem, visto que, para cumprir tal carga horária, a enfermeira precisa abdicar de suas folgas, ou dobrar o plantão para poder folgar no dia seguinte. Algumas vezes, ela permanece até 18 horas consecutivas na unidade. Este dado sinaliza para o fato de que o profissional pode estar “anestesiando” os sinais de cansaço, como forma de sobrevivência. Beck (2001, p. 97) assegura que “o repouso após o trabalho é também um dever, uma obrigação do trabalhador, pois dele depende a capacidade de cuidar com qualidade nas jornadas subsequentes”.

Cabe refletir, com os trabalhadores, sobre o desgaste físico e mental ocasionado por uma prática desgastante, tendo em vista a complexidade do atendimento na unidade de emergência, o compromisso com a qualidade do atendimento prestado e a consideração com seus próprios limites.

As demais enfermeiras com atividades fora da instituição trabalham no pronto-atendimento à noite e, na outra instituição, cumprem sua carga horária durante o dia, também ocorrendo sobrecarga de trabalho.

A respeito da sobrecarga de trabalho e dos horários impróprios que os profissionais cumprem para, entre outros motivos, melhorar a renda familiar, é pertinente ler, abaixo, um fragmento da reportagem publicada na revista Proteção (1995) que alerta:

(...) o trabalho deixa marcas nos profissionais. Algumas são bem visíveis, como as decorrentes de acidentes de trabalho ou determinadas doenças profissionais, porém algumas marcas só podem ser observadas por olhos mais aguçados e ocorrem por um certo tipo de organização do trabalho. São as marcas do desgaste físico e mental e aparecem, não sob a forma de doenças específicas, mas pelo agravamento de doenças de maior suscetibilidade a agentes nocivos, cansaço e de sofrimento mental... tornando o profissional mais propenso às agressões presentes no ambiente de trabalho (p.14).

Pitta (1994, p.59) lembra que “os regimes de turnos e plantões” propiciam aos trabalhadores a “perspectiva de duplos empregos”, principalmente para sanar o problema dos baixos salários. A autora afirma que “tal prática potencializa a ação daqueles fatores que, por si, danificam a integridade física e psíquica”.

A exposição da equipe ao cansaço físico mostra-se descrita por Topázio:

*talvez um dos motivos de não termos um atendimento de melhor qualidade, no que diz respeito a humanização na emergência, por exemplo, deva-se ao cansaço da equipe (...) Acho que não se deve ao fato de Fulana ou Beltrana não saber, mas, muitas vezes, não se têm condições físicas de atender devido ao cansaço pela sobrecarga de atendimentos em toda a unidade.*

Esta afirmação evidencia a importância de a enfermeira assumir o seu papel<sup>14</sup> enquanto coordenadora da assistência prestada e líder da equipe de enfermagem, no sentido de questionar tais fatos, envolver-se na resolução deles, engajar-se, junto à sua equipe, na conquista de seus direitos e compreensão de seus deveres, visando uma assistência mais qualificada.

A sobrecarga de atividades, principalmente da enfermeira, foi notável durante a observação que realizei no pronto-atendimento. No entanto, pude perceber, na maioria dessas profissionais, uma mistura de prazer e de sofrimento no trabalho. Prazer, por fazerem o que gostam; sofrimento, pela falta de condições para desempenharem adequadamente seus trabalhos. Tal falta é resultante de vários fatores, dentre eles: estrutura física inadequada, força de trabalho insuficiente e acomodação precárias, não adequadas para os doentes.

É interessante lembrar que Dejours e Jayet (1994, p.104) asseguram que a mobilização dos trabalhadores não se deve “apenas ao prazer, mas, paradoxalmente, também ao sofrimento”.

As reflexões acerca dessas questões me pareceu estarem ainda num nível bastante particular, ou seja, dentro de cada turno. Durante o desenvolvimento do processo reflexivo, percebi a necessidade de cada enfermeira manifestar seus pensamentos, trocar idéias e aproveitar aquele espaço que estava sendo

---

<sup>14</sup> Para Chiavenato apud Gir; Carvalho e Ferraz (1990) ‘papel’ é o conjunto de atividade solicitada de um indivíduo que ocupa determinada posição em uma organização.

disponibilizado como fórum de discussão e reflexão sobre o trabalho em si e sobre a organização deste.

### 5.1.2 – A observação do trabalho da enfermeira no campo

Durante o período de observação do trabalho da enfermeira no campo, que foi de 30 de abril a 14 de maio, fiz anotações que suscitam algumas reflexões. Cito, a seguir, algumas das observações realizadas.

- **A passagem e a recepção do plantão**

A passagem e a recepção de um plantão é um momento muito complexo, pois os trabalhadores que estão chegando à unidade, apesar de já terem tido um *conhecimento visual da situação*<sup>15</sup> antes da recepção do plantão, se afligem pois não há como prever o que acontecerá no turno que está começando.

Percebi que, dependendo do número de doentes já internados e da gravidade do quadro clínico destes, a ansiedade e a preocupação se mostram maior ou menor, de acordo com as possibilidades de leitos vagos nas unidades de internação. Os sinais observados na equipe foram de inquietação, troca de olhares interrogativos, mudanças faciais, entre outros.

Isto vai ao encontro da afirmação de Beck (2001), quando assegura que

a recepção do plantão traz preocupação, porque os indivíduos não conhecem, em geral, muitos dos pacientes internados e não sabem o que esperar de cada plantão, por se tratar de unidades críticas e com alta rotatividade de pacientes (p. 94).

Já os trabalhadores que estavam “passando o plantão”, poucos demonstravam cansaço e havia uma redução da ansiedade comparada a

---

<sup>15</sup> A equipe de enfermagem, ao entrar na unidade, além do número de doentes internados na sala de observação, de antemão, eles têm um panorama daqueles internados que estão no corredor e que estão nos leitos da sala de emergência. Dependendo desse “quadro”, a maioria dos trabalhadores apresentarão maior ou menor ansiedade durante a recepção do plantão.

apresentada durante o turno de trabalho. Este fato, para a mesma autora, pode ocorrer devido “ao relaxamento do trabalhador, considerando o final do turno, o repasse das atividades e das responsabilidades para as pessoas que estão assumindo o próximo horário” (p.94).

A passagem de plantão é feita por um membro da equipe de enfermagem que está saindo para a equipe de enfermagem que está chegando. É uma passagem bastante completa e informativa sobre a evolução dos doentes no turno.

Durante a passagem de plantão, observei também que era muito freqüente algumas manifestações de descontentamento por parte da equipe de enfermagem, com relação à superlotação, à falta de material e à falta de acomodação para os pacientes. Transcrevo alguns fragmentos de falas da equipe de enfermagem.

*Só temos abocath número 16 e 18 (...) fui à pediatria pedir abocath 22 e 24, mas eles também não têm ... (Membro da equipe).*

*O paciente (...) está desde ontem à noite numa cadeira. Ele tem muita dor abdominal e não está mais agüentando ficar sentado, mas não vagou nenhuma maca hoje pela manhã, por isso ele continua na cadeira... hoje só internaram pacientes ... (Membro da equipe).*

É pertinente salientar o que observam Capella e Leopardi (1999, p.140) quanto ao espaço: “o local onde o indivíduo permanece durante sua hospitalização deve ser preservado para ele, organizado em função dele”, como cabe à enfermagem a organização deste local, percebi que as enfermeiras do pronto-atendimento sentem-se responsáveis pela organização do espaço e, conseqüentemente, por uma melhor acomodação dos doentes. No entanto, a alta demanda e a dificuldade de vazão dos doentes para as outras unidades têm sido motivo de muito sofrimento e insatisfação para elas.

As falas, acima, demonstram a insatisfação do trabalhador, dada as precárias condições de trabalho, tanto estruturais quanto materiais, que geram sentimentos de impotência, desesperança e descontentamento.

- **O trabalho da enfermeira**

O trabalho assistencial em saúde no pronto-atendimento é um “trabalho coletivo” (CAPELLA e LEOPARDI, 1999), pois depende da contribuição de vários profissionais de saúde e de diversos trabalhadores que desenvolvem atividades de apoio (agente administrativo, segurança, recepcionista, funcionário da limpeza, entre outros). Cada categoria profissional mantém uma certa autonomia de avaliação e de tomada de decisões, mas o médico ainda é o elemento central no processo assistencial.

A enfermeira, na unidade de pronto-atendimento, como já dito anteriormente, é uma profissional-referência para os demais trabalhadores, para os doentes e seus familiares. Ela coordena as atividades da equipe de enfermagem, presta cuidados específicos de profissional e, dependendo do número de trabalhadores da área de apoio, desenvolve atividades da competência desses profissionais. Este último fato ocorre com maior frequência no noturno, em que o número de trabalhadores, principalmente os da área administrativa, é reduzido ou ausente (das 22h às 8h).

Observei que a enfermeira era muito solicitada para dar informações, por telefone, sobre o quadro clínico dos doentes internados e, também, para resolver os problemas que iam surgindo no decorrer do plantão.

A assistência de enfermagem é compartimentalizada<sup>16</sup>, ou seja, cada trabalhador (auxiliar e técnico) presta parte da assistência. A enfermeira, no início do plantão, distribui as atividades para a sua equipe de acordo com as seguintes tarefas: pediatria, medicação e cuidados (controle de sinais vitais, transporte para exames, cuidados de higiene e conforto). Geralmente, fica um trabalhador para a medicação, dois para os cuidados e um para atender os doentes pediátricos. A equipe, conforme a distribuição de tarefas, atende tanto os doentes internados quanto os que vêm para consulta.

---

<sup>16</sup> Nesta modalidade de trabalho, apesar do rodízio feito pelos trabalhadores desenvolvendo todas as atividades, Pires (1998) afirma que, na dinâmica de organização do trabalho, assim proposta, o trabalhador não tem uma visão geral do doente que recebe os cuidados. O trabalhador pratica ações desintegradas e vive um cotidiano de trabalho alienante, pois “exigem dele que apenas cumpra bem as tarefas que lhe foram designadas (...) e quem executa o trabalho se exime do entendimento da totalidade, assim como quem recebe a assistência tem dificuldade de saber a quem solicitar ajuda” (p.190).

Durante a observação, pude perceber, em todos os turnos, que o trabalho da enfermeira se intensifica quando chegam na sala de emergência mais de um doente em estado grave; pior ainda, quando chegam concomitantemente doentes pediátricos e adultos em emergência, sem esquecer que a escala é composta por uma enfermeira apenas e uma média de três a quatro auxiliares de enfermagem por turno.

Nesses casos, a enfermeira procedia de forma a identificar qual dos doentes necessitava de cuidados mais complexos, permanecia ao lado dele, a fim de prestar assistência, e direcionava os auxiliares ou técnicos de enfermagem para os demais, a fim de que fossem realizados os cuidados iniciais (sinais vitais, punção venosa, cuidados de higiene, dentre outros). Após a estabilização do doente mais grave, ela avaliava os demais e realizava os procedimentos específicos necessários (sondagens, nota de internação, entre outros).

Cabe dizer que, com essa organização, é possível perceber que há um esforço da equipe em desempenhar seu trabalho de forma ética e técnica, embora não tenha sido politicamente competente para assegurar as necessárias condições de trabalho e para evitar tantos dilemas éticos para o trabalhador de enfermagem.

Essas questões mostram que, para o trabalho de enfermagem ser ético, humano, técnico e competente, é necessário que o trabalhador também seja valorizado enquanto ser humano.

*A valorização do trabalhador*, para Capella e Leopardi (1999, p. 141) “se dá, dentre tantos aspectos, através de adequadas condições de trabalho” e uma dessas condições implica em ter um “número de pessoal em quantidade e qualidade suficientes para o desenvolvimento do trabalho”.

Faz-se necessário que os gestores das instituições públicas federais, que não têm governabilidade para contratações, isto é, dependem de concursos públicos aprovados por instâncias superiores, criem estratégias para superação desse grave problema, pois envolve o atendimento a pessoas em situação de risco de vida iminente. Além dos gestores, os trabalhadores e os sujeitos portadores de carências de saúde também são construtores da qualidade do

atendimento. Da mesma forma que Capella e Leopardi (1999, p.140), acredito que “quanto mais críticos estes indivíduos forem, tanto mais provavelmente a instituição irá se desenvolver para atender suas necessidades”.

Neste sentido, penso que a organização do trabalho na instituição deva ser conduzida mais estrategicamente, de forma a provocar uma mudança de cultura, tanto no que se refere aos gestores e trabalhadores, quanto aos sujeitos portadores de carências de saúde. Silveira Júnior e Vivacqua (1996) afirmam que essa é a principal mudança, porque sem ela as outras não se efetuam.

Algumas estratégias já estão sendo utilizadas pelas enfermeiras na sala de emergência, pois elas entendem que atender o doente em menos tempo significa aumentar suas possibilidades de vida. Nessa perspectiva, as enfermeiras montaram bandejas para os procedimentos de emergência, como, por exemplo: drenagem de tórax, traqueostomia, pericardiocentese, sondagens vesical e gástrica, lavado peritoneal, intracath, entre outras. Essa estratégia possibilitou não só um menor gasto de tempo e maior agilidade na execução dos procedimentos de enfermagem e no manejo das complicações advindas das situações de emergência apresentada pelos doentes, como também uma diminuição da ansiedade da equipe.

Pequenas mudanças podem contribuir muito na resolução de grandes agravos. Toda mudança, portanto, é um processo e requer a participação e o envolvimento de todos.

- **O fluxo dos doentes**

Um dos objetivos da observação, neste trabalho, foi de verificar o fluxo do doente traumatizado grave na instituição.

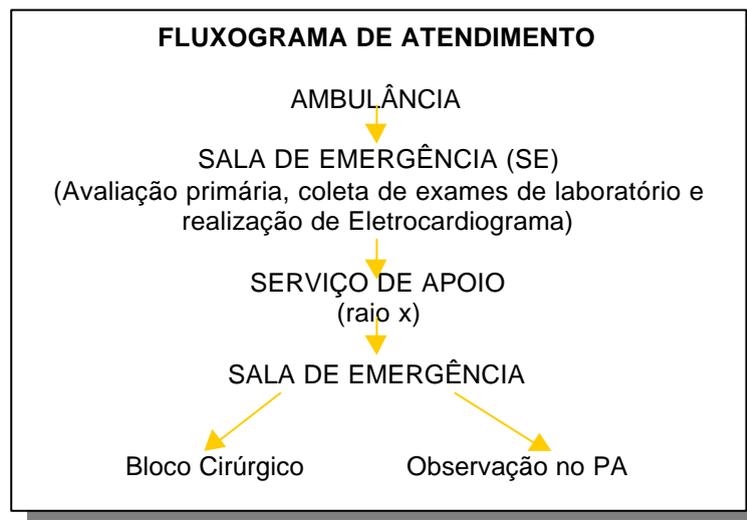
Como exemplo, trago o atendimento a dois doentes que chegaram, concomitantemente, oriundos do mesmo acidente de trânsito do tipo atropelamento. A chegada deles, no pronto-atendimento, aconteceu sem comunicação prévia. A enfermeira foi notificada quando eles já estavam sendo

conduzidos à sala de emergência pelo motorista e pelo auxiliar de enfermagem da ambulância que os haviam trazido.

O Colégio Americano de Cirurgiões (1997) preconiza que o serviço que está transferindo o doente faça contato prévio anterior ao encaminhamento e salienta que o atendimento hospitalar tem o seu início a partir da retirada do doente da ambulância, pelos profissionais habilitados da instituição que o está recebendo.

A mobilização desses esforços, no meu entendimento, possibilita uma condução adequada ao atendimento a doentes com traumas graves, portanto atende a uma ética profissional.

O fluxograma de atendimento está demonstrado no quadro a seguir:



**Figura 11** – Fluxograma de atendimento aos doentes traumatizados grave que chegaram na unidade de PA.

A figura mostra que os doentes foram conduzidos para a sala de emergência, onde receberam o primeiro atendimento, depois foram realizados os procedimentos médicos e de enfermagem, os exames de laboratório e o eletrocardiograma. Após, eles foram transportados até o RX e reconduzidos para a sala de emergência. Devido ao agravamento do quadro clínico de um dos doentes, ele foi conduzido ao bloco cirúrgico e o outro permaneceu no PA, em observação.

Em outros momentos, aproveitei a oportunidade de estar ali e observei o fluxo de entrada dos demais doentes que chegavam à sala de emergência da unidade. Constatei a inexistência de sistematização na recepção do doente, não havia definição de competências quanto à retirada deles da ambulância, a fim de conduzi-los até a sala de emergência.

Nessas situações, a recepção foi procedida da seguinte forma: alguns eram recebidos pela enfermeira e pela equipe de enfermagem na ambulância; outros somente pelos auxiliares de enfermagem, ou pelos estagiários da medicina; e outros ainda eram conduzidos até a emergência pelo motorista e pelo auxiliar de enfermagem da ambulância que os haviam trazido.

Percebi que, se a enfermeira estava ciente da chegada de um doente grave, a condução do atendimento, pela equipe, começava pela recepção na ambulância. Além disso, todo o atendimento se realizava num clima mais ameno e de maior confiança. Acredito que isso é devido ao fato de a equipe ter tido tempo para se organizar e reorganizar o ambiente, a fim de receber o doente em condições favoráveis para um melhor atendimento.

- **Atividades da enfermeira junto ao doente traumatizado grave**

As atividades desenvolvidas pela enfermeira junto ao doente traumatizado grave, foram basicamente de avaliação das necessidades e estabelecimento de condutas como, por exemplo: punção venosa, curativos, auxílio na higienização, sondagens, encaminhamento para os raios-X e nota de internação.

Com relação ao **atendimento prestado pela enfermeira, perante o doente traumatizado grave**, pude observar algumas dificuldades no desenvolvimento de suas atividades:

- excesso de doentes, tanto na sala de emergência quanto em observação;
- deficiência de pessoal de enfermagem na escala de trabalho;

- insuficiência de monitores cardíacos e falta de oxímetro de pulso para monitorização dos doentes na sala de emergência. Inclusive, não havia desfibrilador na unidade, caso houvesse necessidade de uso, ele estava no conserto;
- grande número de pessoas (profissionais que transportaram os doentes, policiais, acadêmicos, entre outros) circulando pelo ambiente de trabalho;
- os serviços de apoio são deficitários em número de pessoal. O setor de raios-x contava somente com um técnico; houve necessidade de que um auxiliar de enfermagem do pronto-atendimento ficasse lá para ajudá-lo diminuindo, ainda mais, o número de pessoal no PA, naquele momento. A secretaria da unidade não conta com um secretário após as 22 horas, sobrecarregando o trabalho da enfermeira, ou da equipe;
- falta de sistematização na seqüência de atendimento e no controle de sinais vitais;
- dificuldade de relacionamento entre enfermeira e alguns auxiliares;
- falta de orientação aos familiares sobre o processo de atendimento.

Diante dessas situações, ressalto o que Capella e Leopardi (1999, p.141) afirmam para o exercício pleno da enfermagem: “há que se ter à disposição os meios adequados e a força de trabalho qualificada, com necessidade de serviços de apoio também qualificados”.

Apesar das dificuldades citadas, o primeiro atendimento efetuou-se de forma rápida, sem prejuízo aos doentes atendidos. Houve, porém, demora (em torno de uma hora) na execução dos Raios X. Tal fato coloca em exposição os doentes, visto que, se houver piora no quadro clínico, a unidade de Rx não conta com materiais e equipe de reanimação, além do que a unidade de emergência não fica no mesmo andar do Rx.

Outro fato importante observado foi que os demais doentes que estavam em observação e seus acompanhantes presenciaram grande parte dos

atendimentos prestados na sala de emergência, até que fossem colocados os biombos protetores.

- **Os registros de enfermagem**

As anotações de enfermagem revelaram que é realizada uma breve história de como o doente chegou (procedência e estado de consciência), hipótese diagnóstica, tipos de lesões e localização anatômica dos traumatismos e os principais procedimentos realizados (punção venosa, sinais vitais, sondagens e exames complementares).

Especificamente com relação aos sinais vitais, não há uma sistematização de verificação. Não foram encontrados registros sobre a frequência respiratória dos doentes atendidos. Os sinais vitais foram reavaliados conforme gravidade do quadro clínico e possibilidade de liberação das outras atividades da unidade.

As anotações médicas e de enfermagem são registradas em separado e anexadas no prontuário. No entanto, nem tudo o que é realizado com o paciente é registrado, principalmente as ações de enfermagem. Especificamente com relação a este fato, observei que, algumas vezes, os sinais vitais foram verificados, porém não anotados. Isso mostra que o profissional tem consciência da importância da verificação perante as alterações apresentadas; no entanto, nem dá a devida importância ao registro no prontuário, que dará seguimento à conduta, nem dá importância legal para anotar tudo o que é realizado.

Da mesma forma que, por vezes, nem tudo o que acontece com o doente é registrado, nem todos os profissionais de saúde lêem, sistematicamente, os dados que foram anotados. Isso demonstra atitudes desintegradas entre a equipe multiprofissional.

Pires (1998) entende que o prontuário e as visitas dos profissionais aos doentes são alguns espaços que poderiam ser usados como “instrumentos ou momentos de integração” entre os profissionais.

## 5.2 - FASE B – **Descoberta de caminhos e observação do “modo de fazer” da enfermeira.**

A partir deste momento, passo a relatar os encontros desenvolvidos com as enfermeiras. Intitulei-os de “**processo de caminhar juntas**” por considerar fundamental as interações, as análises e as reflexões de cada uma das participantes, para a construção coletiva do “modo de fazer” da enfermeira, na busca por uma assistência sistematizada, eficiente e de qualidade para o doente traumatizado grave.

A Fase B foi desenvolvida durante o primeiro e o segundo encontros com o grupo, conforme relatados, e discutidos a seguir.

### 5.2.1 - O primeiro encontro: **o início da caminhada.**

O primeiro encontro contemplou a apresentação das participantes, do projeto deste estudo e as reflexões com base nos conceitos de processo de trabalho, processo de trabalho em saúde e em enfermagem, segundo Capella e Leopardi (1999).

Durante as minhas atividades de enfermeira do pronto-atendimento, ouvi uma colega dizendo que, quando ela trabalhava em outra unidade, ela era diferente, isto é, menos estressada, menos angustiada. Enfim, era diferente. Comecei a pensar nisso e percebi que eu também havia mudado. Restou-me uma dúvida: com as demais, teria acontecido o mesmo?

Diante disso, resolvi, para este primeiro encontro, realizar uma técnica de apresentação das participantes que contemplasse esse questionamento. Intitulei a técnica de “**Dizendo o que sinto**”, com o objetivo de promover a integração entre o grupo formado.

Para executá-la preparei quatro perguntas numa folha de ofício dobrada (apêndice 8 ) de forma que, ao ser aberta, as perguntas iam surgindo uma de

cada vez, gradativamente, como descrevo, juntamente com alguns fragmentos das falas manifestadas, a seguir.

Ao abrir a primeira dobra do papel, surgiu a primeira pergunta:

### 1. Como eu era antes de trabalhar no pronto-atendimento?

Após um período de reflexão individual, as enfermeiras fizeram seus relatos ao grupo. Rubi descreveu como se sentia antes e quais eram as suas expectativas de trabalho:

*(...) eu estava iniciando minha carreira profissional, com muitos sonhos a realizar. Pode-se dizer que eu era uma pessoa calma. Tinha várias expectativas de trabalhar num local mais ideal, um pouquinho mais organizado e mais tranqüilo. Nunca me imaginei trabalhando num pronto-socorro (...).*

Topázio traduz, em sua fala, que novas oportunidades podem mudar certas concepções:

*(...) comecei a trabalhar no pronto atendimento com dezessete anos de serviço e eu pensava estar realizada profissionalmente. Isso era o que eu pensava!*

Nas entrelinhas das falas de Esmeralda e Cristal, pode-se perceber um certo desencanto e saudosismo dos tempos idos:

*mais nova, mais bonita, mais descansada (...) sabia menos do que hoje (Esmeralda).*

*eu era uma pessoa tranqüila e contente com o que fazia (...)* (Cristal).

Como é possível observar a maioria das enfermeiras eram mais tranqüilas, havia uma certa expectativa e uma idealização do trabalho.

Após este questionamento, mais uma dobra do papel foi desfeita e surgiu a segunda pergunta:

### 2. Como eu sou hoje?

Apesar do questionamento ser abrangente, podendo ser focado 'como sou' sob diversos aspectos, todas as enfermeiras interpretaram como hoje se percebem no trabalho, quais as alterações sofridas e quais os ganhos

profissionais adquiridos. As falas, a seguir, traduzem que se tornaram mais seguras, mais realizadas; mas também mais sobrecarregadas, mais ansiosas e descontentes, respectivamente:

*acho que amadureci bastante. Na primeira semana, eu não sabia como me organizar, mas agora eu gosto de trabalhar no pronto-socorro. Sinto-me mais segura profissionalmente, apesar da agitação, de ter perdido um pouco da calma e da tranquilidade. Não me vejo trabalhando em outro lugar. Gosto mesmo. Sou apaixonada pelo pronto-socorro (Rubi).*

*hoje, eu percebo que sou realizada profissionalmente, porque eu valorizo muito mais o enfermeiro (...) (Topázio).*

*mais velha, com mais atividades para desenvolver e tenho mais coragem para tomar decisões, o que antes eu não tinha (Esmeralda).*

*estressada, sempre na expectativa de como será meu plantão. Descontente com as condições de trabalho (Cristal).*

A partir dessas falas, constatei que o trabalho no pronto-atendimento também provocou mudanças em minhas colegas. As alterações variaram desde o “ficar mais estressada”, levando a um descontentamento com as condições de trabalho, até o “sentir-se mais segura” profissionalmente e com maior coragem para tomar decisões.

Ao dar continuidade à atividade e, contemplando um fragmento da fala de Rubi, ainda na primeira questão: “(...) *com muitos sonhos a realizar (...)*” Magalhães (1999, p.79), autora a quem recorro, contribui enfocando que, se os sonhos “fossem acolhidos poderiam indicar as trilhas a serem seguidas na busca do sentimento de plenitude pessoal”.

Na perspectiva de que o grupo compartilhasse alguns de seus sonhos, e, ainda, contasse o que estava fazendo para realizá-los, foram feitos os próximos questionamentos:

### **3. Qual o meu maior sonho?**

A este respeito, é preciso lembrar que as enfermeiras expressaram os seus sonhos e, novamente, relacionaram com as condições de trabalho e com as expectativas de aperfeiçoamento no trabalho.

*Melhores condições de trabalho e melhor salário. (Cristal).*

*Quero cada vez mais me aperfeiçoar em relação ao traumatizado (...)*  
(Rubi).

*Mais tempo para assistir. Eu acho que nós temos muito pouco tempo para isso. O assistir que eu digo é o cuidado direto, porque a gente se envolve muito com as coisas burocráticas e administrativas e acabamos deixando de lado, por exemplo, a avaliação, que é o que nos compete realmente em termos de conhecimento. E o assistir acaba ficando de lado em função de não termos tempo* (Topázio).

*Continuar tendo saúde para poder trabalhar e viver bem (...)*  
(Esmeralda).

Exposto o sonho, surgiu a questão:

#### **4. O que estou fazendo para realizá-lo?**

A fala de Cristal: “*esperando dias melhores*”, pode denotar, de certa forma, esperança de que as condições de trabalho mudem, mas também uma certa passividade que se resume em esperar, em aguardar pelas mudanças.

Por outro lado, nas declarações de Rubi, Topázio e Esmeralda, pode observar que há uma maior mobilização em busca do que pretendem alcançar.

*Aperfeiçoando-me cada vez mais* (Rubi).

*Procurando mostrar, em todas as oportunidades que eu tenho, que a assistência qualificada é realmente a função do enfermeiro (...)*  
(Topázio).

*Estudando mais, participando das atividades promovidas pela instituição e vivendo o dia-a-dia com alegria (...)* (Esmeralda).

Há, portanto, na maioria dos relatos, coerência entre os sonhos e as atividades que estão fazendo para realizá-los. Pude perceber que os sonhos, para elas, não representam somente um mecanismo de autopreservação ou de defesa ante as limitações e as impotências no cotidiano de sua prática profissional, mas elas os utilizam como uma forma de relacioná-los com a necessidade existente, procurando visualizar formas de concretizá-los.

Cabe retornar, aqui, a citar Magalhães (1999), quando diz que:

ir para o lado da fantasia e ficar lá (...) não é um caminho muito promissor. Entretanto, o exercício de ir até lá e conectar-se com necessidades que nos dizem respeito e trazê-las à superfície para transformá-las em indicadores importantes, que devem ser considerados na busca de nossa realização pessoal, é uma forma recomendável para aqueles que querem ser sujeitos de seu próprio desenvolvimento (p.79).

Neste contexto, acredito que o compartilhamento dos sonhos no grupo, do que está sendo feito para materializá-los, apontam oportunidades de aprendizado individual e coletivo. Sem esquecer que o enfermeiro é um indivíduo com crenças, valores, sentimentos e aspirações pessoais, cuja história é construída ao longo de sua trajetória de vida. Ao compartilhar a sua vivência, ele se percebe, percebe o outro e o ambiente, com o qual se relaciona, influencia e é influenciado.

Assim, a experiência com a subjetividade do trabalhador desenvolvida com as enfermeiras na atividade de apresentação ajudou no alcance do objetivo deste estudo, pois possibilitou que cada uma explicitasse e dividisse com o grupo como se sentia, que percebessem o quanto as buscas são semelhantes e, principalmente, que se formasse um grupo com força para lutar, conquistar e construir os seus espaços.

Durante essa atividade de apresentação, com relação a sofrer influências, foram expostos por algumas participantes, os problemas de saúde. Por causas destes, elas estão em tratamento. Os problemas de saúde foram diagnosticados como ocasionados pelo trabalho. Este fato transparece na fala de Topázio que diz:

*(...) apesar de não me sentir ansiosa e estressada no trabalho, querem (os médicos) me provar por A+B que o meu problema de saúde foi por estresse no trabalho.*

Foi possível verificar duas situações distintas, durante as discussões, as quais possibilitam relacionar a saúde do trabalhador com as pressões ligadas às condições de trabalho, as quais descrevo a seguir:

- algumas enfermeiras percebem e exteriorizam que se tornaram mais ansiosas e estressadas no desenvolvimento das atividades laborais; entretanto, até o presente momento, não perceberam nenhuma manifestação somática deste desgaste;
- outras, apesar de manterem um aparente equilíbrio e não se sentirem mais ansiosas ou estressadas, desenvolveram doenças que foram relacionadas ao trabalho.

Beck (2001), embasada em observações realizadas com trabalhadores de enfermagem em unidades críticas, durante o turno de trabalho, assegura que

mesmo os trabalhadores estando expostos a um ritmo intenso de trabalho, com exigências físicas e emocionais acentuadas, há trabalhadores com diminuição da sensibilidade para perceberem as mensagens enviadas por seus corpos, não identificando, nem mesmo quando questionados, as alterações apresentadas por eles (p. 96).

Em síntese, os trabalhadores podem estar utilizando-se de uma alternativa de *banalização*<sup>17</sup> das situações vivenciadas, para fazer frente ao seu sofrimento.

Para Dejours (1996), o

embrutecimento instala-se progressivamente num clima de torpor psíquico, do qual os trabalhadores têm geralmente uma consciência dolorosa. Eles se sentem cada vez mais inertes e sem reação. Até que, no limite, se instala um estado de semi-embotamento, no qual o sujeito não sofre mais, e reina um estado próximo ao da anestesia psíquica (p. 163).

Outro fato importante, salientado nas falas, é a resistência em aceitar que a doença foi manifestada por estresse no trabalho. Talvez essa resistência se deva a “naturalização” do sofrimento (BECK, 2001), em que tudo o que ocorre faz parte do contexto, tornando-se, portanto “esperado e aceito sem espanto”.

Ainda pode estar ligado ao fato de a enfermeira estar afastada do trabalho, surgindo um sentimento de ansiedade por estar sobrecarregando as demais colegas. Na fala de Topázio, pude perceber que a melhora de seu quadro clínico só aconteceu a partir do momento em que houve aceitação da necessidade de ficar afastada do ambiente de trabalho:

*eu não agüentava mais ficar em casa e acabei depressiva. Fiquei dois meses assim e as lesões não melhoravam. Só quando comecei a me acalmar e tomei consciência de que tinha que ficar em casa, não podia vir mesmo, é que comecei a melhorar.*

Esta fala, aliada às referidas na apresentação das participantes, expressa como as enfermeiras centralizam o trabalho em suas vidas, ou seja, visualizam-se exclusivamente como um ser trabalhador, não percebendo suas outras faces de ser humano.

---

<sup>17</sup> O termo ‘banalização’ (Beck, 2001, p. 21) será entendido como um modo de enfrentamento de situações importantes que provocam sofrimento, que são encaradas como comuns e inerentes ao contexto em que o trabalhador vive.

Do ponto de vista de Leopardi (1999a, p.173), antes de sermos trabalhadores, somos seres humanos e precisamos rumar em busca da “qualidade de vida com saúde e para além dela”. Esta autora considera, ainda, que

a pausa do trabalho é importante para a liberdade, porque é quando refletimos, concebemos a continuidade, sentimos reverência, sentimos o mundo (...) parece não haver espaço para a pausa no mundo tecnológico (...) no entanto, ela é fundamental por romper a cadeia neurotizante do fazer inesgotável (p.173).

A educação continuada ou em serviço poderia, neste caso, ser um espaço para os trabalhadores refletirem sobre o seus trabalhos e a qualidade de suas vidas, o que não vem ocorrendo no cotidiano desta unidade.

Ao término da apresentação das participantes, exibi o projeto deste estudo. O grupo mostrou-se bastante atento e interessado à explanação, às argumentações e às idéias apresentadas. Participaram, intensificando e enriquecendo as idéias abordadas, especialmente quando foi falado no objetivo geral do estudo.

Traduzo, na fala de Topázio, a aceitação do grupo em relação à proposta:

*o que acontece no pronto-atendimento é que, quando chega uma pessoa nova para trabalhar, ela faz do seu jeito. Parece-me que o grupo não está treinado. Precisamos somar o conhecimento de cada um e construir um único modo. Não seria uma rotina, mas uma uniformidade no atendimento. Quer dizer, uma condição para o profissional trabalhar nesse serviço é participar, integrar-se ao grupo nesse modo de fazer.*

Concluída as discussões sobre o projeto, desenvolvi uma técnica com o grupo, intitulada de “Bota-fora”. Com a realização desta atividade, as enfermeiras pontuaram em uma folha de papel tudo aquilo que lhes causava algum desconforto, tristeza, mágoa, dificuldade ou dissabor no seu dia-a-dia. Os momentos de amassar a folha e depois jogá-la no lixo foram realizados com bastante entusiasmo e descontração, atingindo o objetivo proposto.

Para iniciar as reflexões sobre os conceitos de processo de trabalho e dos elementos que o constituem, propus ao grupo que se dividissem em pares e, a partir dos diversos materiais que eu havia levado, confeccionassem um objeto de livre escolha. A idéia de abordar a temática do processo de trabalho em forma de oficina surgiu a partir da leitura da experiência de Leopardi e Nietzsche (1998), pois

considere a dinâmica proposta pelas autoras agradável, criativa e estimuladora de trocas.

Ao término da confecção, cada grupo relatou seu processo e mostrou seu produto, apresentando suas características e elementos. Essa atividade possibilitou clarear questões que norteiam a elucidação do que seja um processo de trabalho. Em outras palavras, o que é e como se constitui um projeto de trabalho; como definir uma necessidade; qual o objeto que a satisfará; quais os instrumentos utilizados para sua realização; qual a matéria prima necessária e quais os conflitos surgidos no grupo com o trabalho coletivo.

Ao final do encontro, foi confeccionado um quebra-cabeça e entregue uma peça a cada enfermeira. Ainda foram escolhidos os codinomes, conforme descrito na metodologia. Expus, também, ao grupo, minha avaliação preliminar do trabalho realizado nesse dia, ou seja, que o objetivo de desencadear o processo de reflexão sobre quem é a enfermeira do pronto-atendimento fora atingido.

#### 5.2.2 - O segundo encontro: reflexões sobre o trabalho da enfermeira... **descoberta de caminhos e observação do “modo de fazer”.**

O segundo encontro teve como objetivos:

- dar continuidade à discussão do processo de trabalho em saúde e do processo de trabalho em enfermagem;
- identificar se existe uma metodologia de trabalho comum a todas as enfermeiras;
- refletir sobre qual é o trabalho da enfermeira na unidade de urgência e emergência, por meio da análise da lista de atividades descritas durante os cinco dias de anotações das enfermeiras no campo de trabalho, solicitadas anteriormente.

Após dar as boas-vindas às participantes e fazer com elas a montagem do quebra-cabeça, retomei o que havia sido trabalhado no último encontro sobre o

processo de trabalho. Procurei associar os componentes por elas utilizados na confecção do objeto aos componentes do processo de trabalho em saúde e, principalmente, aos elementos do processo de trabalho em enfermagem (objeto, finalidade, instrumentos e força de trabalho). Para enriquecer as discussões sobre esse assunto, foram utilizados os conceitos elaborados por Capella e Leopardi (1999).

Durante a discussão, inicialmente, as enfermeiras expuseram como **objeto de trabalho de enfermagem** somente o doente e lhe atribuíram algumas características, conforme demonstradas nas falas:

*tem o que não sabe nada, mas também tem aquele que sabe tudo. Este é um problema, por que te exige muito tempo. Tudo ele quer saber: o que é, para que serve, etc (Cristal);*

*pois é, nós temos aquele que aceita tudo o que fazemos sem questionar, mas, por outro lado, também temos aquele que questiona e opina, e outros que são muito revoltados (...)* (Esmeralda).

Capela e Leopardi (1999) afirmam que um dos objetos de trabalho da enfermagem é

**o corpo e a consciência** de um sujeito, como expressão de toda a sua vida, toda a sua história (...) Seu corpo e suas extensões serão sempre esse objeto desconhecido, podendo ser um sujeito alienado, sujeito com algumas características de consciência, ou, como se deseja, um sujeito crítico. A única certeza é que ele não é qualquer sujeito, ele é um sujeito concreto (p. 149-50).

As mesmas autoras citam **“a organização da assistência”** como um segundo objeto de trabalho da enfermagem. A partir daí, incitei as enfermeiras a refletirem se, além do doente, não teríamos algum outro objeto de trabalho. Percebo, conforme afirmam Capella e Leopardi (1999, p.149), que alguns profissionais “ainda insistem que seu trabalho deveria ser somente junto ao leito do doente”. Tal fato se confirma na seguinte resposta de Topázio, quando pergunto se a organização da assistência não seria, também, um objeto do nosso trabalho:

*a organização do trabalho não deixa de ser uma forma de subsidiar o trabalho mais qualificado. Só que, por exemplo, eu organizo, mas não consigo assistir, no sentido de estar junto ao doente. Envolve-me com a organização e o auxiliar/técnico é que acaba assistindo o doente. Claro que, se o serviço está organizado, a qualidade acontece igual. Acho que o contato enfermeiro-paciente deixa de existir, principalmente pela falta de pessoal. Se tivéssemos dois enfermeiros no mesmo turno, um se*

*envolveria com a organização que é extremamente importante, e o outro prestaria a assistência direta ao paciente.*

Esta fala é complementada por Cristal, ao expressar que, no serviço noturno, a enfermeira além de suas atividades tem a sobrecarga das tarefas de outros profissionais:

*à noite, é uma burocracia imensa. Além da nossa atividade assistencial e administrativa, precisamos fazer atividades de outros profissionais, como por exemplo, na internação de pacientes: abrir pasta, fazer a internação, chamar laboratório e ECG e, ainda, atender telefone que toca a toda hora, pois não temos secretária 24 horas (...) Também não temos auxiliar de serviços gerais e isso sobrecarrega o auxiliar de enfermagem que precisa limpar cama, lavar e repor material, entre outras atividades.*

Ao falar em organização da assistência, eu já previa que poderiam ser elencadas inúmeras dificuldades relacionadas ao desenvolvimento dessa ação privativa da enfermeira, principalmente no que tange à força de trabalho e aos serviços de apoio. Por isso, reforcei que estava contemplada, nesta proposta, a elaboração de documentos que seriam encaminhados aos setores competentes, a fim de ser tentada alguma solução para os problemas enfrentados pelas enfermeiras no pronto-atendimento. Essa problemática, portanto, seria retomada no sexto encontro.

Em seguida, passei a refletir, com o grupo, sobre os **instrumentos** que utilizamos para desenvolver o **processo de trabalho em enfermagem**. Inicialmente, o debate girou em torno dos materiais utilizados para executarmos as técnicas, e o grupo afirmava que somente eles seriam os instrumentos, pois são os meios que utilizamos para produzir a ação para satisfazer as necessidades apresentadas pelo nosso objeto de trabalho (o doente).

Para Gonçalves, apud Capella e Leopardi (1999, p.151), são três os tipos de instrumentos de trabalho:

*os que encaminham a aproximação do trabalhador com o objeto de trabalho e que se constituem nas teorias, como sua dimensão intelectual; os que efetivam a transformação no objeto e se constituem nas técnicas, enquanto dimensão manual; e, as condições materiais para a realização do trabalho (...) (p.151).*

Partindo desta concepção, o grupo foi incentivado a refletir que, para utilizar as técnicas, é preciso ter conhecimento de como executá-las e que são necessárias as condições materiais para realizá-las. A partir daí, foram

identificados também como instrumentos de trabalho, a dimensão intelectual do profissional, por meio do conhecimento, e o local de trabalho, pelas condições materiais proporcionadas para sua realização.

Foram ressaltadas pelas enfermeiras algumas situações desfavoráveis para o desenvolvimento das atividades; além da superlotação ser uma realidade, não há uma reorganização do serviço em nível institucional, a fim de fornecer melhores condições de trabalho aos profissionais e melhor assistência aos doentes. Com relação a isso, Esmeralda assim se expressou:

*muitas vezes, o paciente está em uma maca baixa, por não termos outra. Precisamos puncionar veia, enfim, prestarmos a assistência numa posição incômoda e prejudicial à nossa saúde. Ou, ainda, colocar os pacientes em macas velhas com riscos de queda... agora só se fala no pronto-socorro novo, mas nós precisamos de melhores condições de trabalho desde já (...) São centenas de pacientes atendidos diariamente. Precisamos de mais atenção!!!*

A afirmação “precisamos de melhores condições de trabalho desde já”, transparece como um desabafo, um pedido de socorro, pois a situação vivenciada pelas enfermeiras é a de trabalhar ultrapassando constantemente os limites da condição humana e da ética.

Aliado a isso, as enfermeiras comentam sobre as condições insalubres do local de trabalho. A este respeito, transcrevo a declaração de Topázio, dando a esta uma relevância especial, já que Topázio se encontra afastada do trabalho devido a uma doença auto-imune. Para ela, as condições insalubres da unidade são de risco.

*Um dos motivos para ainda estar afastada se deve ao fato do ambiente ser muito insalubre. Não tem ventilação, nem iluminação natural (...) entre outros fatores (Topázio).*

Neste contexto, destaco elementos que fazem a proteção da **força de trabalho**. Estes elementos foram o próximo item trabalhado neste encontro.

Nas discussões, ficou evidenciado que, além do quantitativo de profissionais para compor a equipe de enfermagem, o qualitativo também tem se constituído como uma dificuldade para as enfermeiras, visto haver a necessidade de qualificação para trabalhar nesta unidade. No entanto, há também a

necessidade de continuidade na qualificação da equipe, sendo isso lembrado nas seguintes falas:

*nós precisamos é treinar a equipe com mais freqüência. Fazer cursos(...)*  
(Rubi).

*eu vejo que, se nós temos profissionais suficientes, cada um pode fazer a sua função, mas ali nenhum está fazendo a sua função. Nem mesmo o enfermeiro, porque não dá. Você faz o que aparece. Se tivermos quantidade de pessoal suficiente e qualificação continuada, com certeza, dá para cada um executar o seu papel. O que é determinado legalmente (...)* (Topázio).

A expressão utilizada “*cada um executar o seu papel. O que é determinado legalmente*”, me faz refletir sobre o porquê dos profissionais aceitarem tal situação, que as expõe a inúmeros problemas de ordem legal e ética. Será por medo do desemprego, por desmotivação, por cansaço, por marasmo que os levam a banalizar o problema? e, os órgãos de classe!? qual sua real função? a quem estão servindo?

A seguir, dando continuidade à discussão sobre processo de trabalho em enfermagem, incentivei o grupo a refletir sobre quais são as finalidades do nosso trabalho. O grupo identifica que a **finalidade do trabalho** é satisfazer as necessidades apresentadas pelo nosso objeto de trabalho, como descreve Rubi:

*quando atendemos um traumatizado grave, temos por objetivo intervir imediatamente naquilo que representa risco para a vida dele, isto é, a nossa finalidade é exatamente a manutenção de sua vida (...).*

Esta declaração vai ao encontro da afirmação de Capella e Leopardi (1999, p.146) de que “a necessidade satisfeita é a própria finalidade do trabalho”, ou seja, possibilitar, por exemplo, por meio de ações reparadoras, a continuidade da vida de uma pessoa que está em risco de perdê-la.

As enfermeiras concordam que as necessidades dos doentes deveriam prevalecer sobre as demais. Porém, muitas vezes, há uma precedência das finalidades da instituição e até dos profissionais, que estão expressas, por exemplo, nas normas e nas rotinas, nas quais o doente é “enquadrado”, não sendo levado em consideração seus hábitos anteriores (horário de banho, de alimentação, entre outros). Com relação a isso, assim se expressam Capella e Leopardi (1999):

a finalidade do sujeito é reinterpretada e subvertida – é de fato expropriada: recomposta pelo sistema normativo e regulada para ser um problema de saúde e não para ser de um sujeito que expressa este problema de saúde, isto é, a finalidade institucional se sobrepõe à finalidade do doente como se este fosse um simples objeto manipulável (p. 148).

A preocupação com o bem-estar do doente reflete-se nas declarações de Cristal, quando relata:

*mantemos as luzes acesas do salão de observação e corredores do PA, por uma necessidade do serviço. Porém o paciente precisa dormir. Como temos atendimento contínuo, procuramos, pelo menos de madrugada, diminuir a intensidade das luzes para que eles consigam descansar um pouco.*

A discussão sobre o processo de trabalho foi finalizada com ênfase nos elementos que o compõem. Embora tenham sido vistos separadamente, para facilitar a exposição, o grupo compreendeu que os elementos são dinâmicos e interagem conjuntamente.

As enfermeiras compreenderam também que, no trabalho em saúde, conforme afirma Leopardi (1999b, p.158) “o profissional precisa encarar a tripla versão da finalidade e saber que pode decidir-se por qualquer uma delas ou buscar uma inter-complementaridade entre elas (...)”. De qualquer modo, há a possibilidade de decidir-se por orientar sua ação com ética. Dependendo da situação, um objeto pode se tornar instrumento e vice-versa. Cabe salientar que os instrumentos de trabalho são próprios para cada objeto de trabalho, eles possuem características próprias, e exigem de cada profissional o preparo suficiente para poder realizar seu trabalho adequadamente.

Na perspectiva de identificar o método de trabalho utilizado pelas enfermeiras no desenvolvimento de suas atividades na unidade, questionei ao grupo:

*vocês usam alguma metodologia de trabalho no desenvolvimento de suas atividades laborais? Qual?*

As enfermeiras explanaram que não existe um método de trabalho proposto na unidade. Diante da resposta negativa, questionei como se organizavam para desenvolver suas atividades no trabalho. Responderam que cada uma se organiza do seu modo, conforme o turno em que trabalham. A

organização de como vão desenvolver as atividades acontece, geralmente, após receber o plantão, como transparece nas falas:

*como são muito inconstantes os acontecimentos na unidade, eu me organizo após receber o plantão e ver os pontos pendentes. Faço a escala de trabalho, visito os pacientes procurando identificar os cuidados a serem realizados. Delego as atribuições à equipe, reviso as pastas. Após, identifico os pacientes que não estão internados e que estão ali recebendo algum atendimento. Só então inicio os cuidados procurando acompanhar, quando possível, alguns cuidados prestados pelos auxiliares. Faço a revisão das salas e carros de emergência (pediátrico/adulto) e, ao final do plantão, procuro revisar a organização da unidade e os pacientes (Rubi).*

*a organização das atividades inicio após receber o plantão (...) Organizome de forma a solucionar primeiro as pendências que ficaram e, depois, conforme o número de pacientes, gravidade dos mesmos e pessoal de enfermagem que tenho disponível, faço uma escala de atividades, a qual é adaptada no decorrer do turno conforme necessidades, estabelecendo as prioridades (Topázio).*

Essas falas me levam a inferir a inexistência de planejamento formal da assistência de enfermagem. Tal fato vem corroborar com os achados de Bocchi e Fávero (1996), quando elas estavam estudando o processo decisório do enfermeiro no gerenciamento da assistência de enfermagem, em um hospital universitário, as autoras concluíram que

*predominam as atividades administrativas, desprovidas de planejamento da assistência de enfermagem (...) e que os profissionais relatam a falta de recursos humanos e de materiais como obstaculizadores a seus processos decisórios (...) (p. 218).*

Dessa forma, com o objetivo de conhecer o trabalho desenvolvido pelas enfermeiras, havia sido proposto, durante o período de observação, que registrassem por escrito suas atividades na unidade e as perante o doente traumatizado grave, por cinco dias consecutivos.

Após registradas as anotações foram analisadas e agrupadas. Essas anotações foram escritas em dois cartazes. Um contendo as atividades desenvolvidas pela enfermeira, na unidade e outro somente com as atividades desenvolvidas junto ao doente traumatizado.

Minha intenção, após a observação dos cartazes, era efetuar, com o grupo, uma análise mais aprofundada das atividades realizadas junto ao doente traumatizado grave, a fim de contemplar o objetivo proposto para este estudo. No entanto, tendo em vista o contexto da unidade, ou seja, a realidade de

superlotação, de longa permanência dos doentes já estabilizados na unidade à espera de leitos, da força de trabalho insuficiente, percebi que a necessidade de discussão e reflexão do grupo se fazia maior ante as atividades gerais desenvolvidas na unidade.

Portanto, a figura 12, a seguir, corresponde ao resultado das reflexões sobre as atividades desenvolvidas pela enfermeira na unidade, tendo como base a Lei do Exercício Profissional e o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e foi validado junto às enfermeiras, procurando desvelar quais são seus trabalhos.

ATIVIDADES DA ENFERMEIRA <sup>18</sup>	ATIVIDADES QUE PODERÃO SER DELEGADAS AO TÉCNICO OU AUXILIAR <sup>19</sup> .	ATIVIDADES REALIZADAS QUE NÃO SÃO DA ENFERMEIRA <sup>20</sup>
1 – Receber e passar o plantão. 2 – Visitar os doentes e identificar-se. 3 – Atender a familiares – respostas a dúvidas. 4 – Receber os pacientes na sala de emergência. 5 – Reavaliar pacientes que alteraram o quadro clínico. 6 – Revisar prontuários e fazer apazamentos. 7 – Encaminhar e receber pacientes graves (RX, TC, etc.). 8 – Fazer a nota de internação dos pacientes. 9 – Administrar medicações especiais (nitroprussiato, estreptoquinase, etc). 10 – Puncionar acesso venoso em jugular. 11 – Esclarecer dúvidas da equipe de enfermagem sobre a prescrição médica. 12 – Auxiliar na confecção do relatório para passagem do plantão. 13 – Aspirar o tubo oro-traqueal. 14 – Auxiliar a equipe na troca de	1 – Instalar alimentação por sonda nasoentérica. 2 – Revisar o carro e a sala de emergência. 3 – Coletar swab. 4 – Organizar o armário do estoque de medicação. 5 – Aspirar vias aéreas superiores. 6 – Trocar fraldas. 7 – Fazer mudança de decúbito e prevenção de escaras. 8 – Auxiliar em suturas. 9 – Fazer curativo simples 10 – Controlar os sinais vitais. 11 – Fazer hemoglicoteste (HGT). 12 – Instalar monitorização cardíaca e oxigênio.	1 – Atender telefone. 2–Chamar o técnico de laboratório, do eletrocardiograma e do Banco de sangue. 3 – Providenciar transporte para pacientes com alta hospitalar. 4 – Organizar pasta para o paciente que é internado.

<sup>18</sup> Atividades desenvolvidas pelas enfermeiras e consideradas pelo grupo como específicas da enfermeira, não podendo ser delegadas ao demais membros da equipe de enfermagem.

<sup>19</sup> Atividades de menor complexidade que, conforme Lei do Exercício Profissional 7498/86, podem ser realizadas pelo auxiliar ou pelo técnico sob supervisão do enfermeiro. Essas atividades foram realizadas pela enfermeira junto aos doentes estáveis, que permaneciam no PA aguardando leitos nas unidades de internação. Ante a chegada de um doente em situação de emergência (Infarto agudo do miocárdio, p.e.), a enfermeira poderá delegá-las a outro membro da equipe de enfermagem para serem executadas.

<sup>20</sup> Atividades executadas pela enfermeira, mas elas devem ser desenvolvidas por profissionais do setor administrativo. **Essas atividades, apesar de serem poucas em número, tiveram uma frequência muito elevada, ocupando consideravelmente o tempo da enfermeira, principalmente no noturno.**

<p>pacientes graves, principalmente aquele com trauma de coluna vertebral, para outra maca.</p> <p>15 – Coordenar a transferência de pacientes dentro da unidade.</p> <p>16 – Realizar sondagens (nasointérica, nasogástrica e vesical).</p> <p>17 – Acompanhar a transferência de pacientes graves para outras unidades do hospital.</p> <p>18 – Orientar acadêmicos de enfermagem.</p> <p>19 – Auxiliar na colocação de pacientes no respirador.</p> <p>20 – Auxiliar na higiene corporal de pacientes com traumatismo de coluna vertebral.</p> <p>21 – Instalar medicações especiais em bomba de infusão.</p> <p>22 – Fazer reuniões com a equipe.</p> <p>23 – Realizar procedimentos burocráticos que competem ao cargo.</p> <p>24 – Coletar amostra de sangue para exames de laboratório durante a punção venosa, na sala de emergência.</p>		
---	--	--

**Figura 12** - Atividades privativas da enfermeira no PA, atividades que podem ser delegadas ao técnico ou ao auxiliar de enfermagem e atividades realizadas pela enfermeira que não competem a ela.

Durante o desenvolvimento dessa atividade, alguns pontos importantes emergiram e, dentre eles, está a tomada de consciência sobre o trabalho da enfermeira na unidade. Percebi, na fala de Rubi, que o objetivo de inteirá-las de sua própria realidade foi alcançado:

*como foi bom fazer esta lista de atividades. Quanta coisa a gente faz e não pensa por que está fazendo, ou até nem se dá conta que faz.*

Aproveitando a oportunidade dessa fala, resgatei um fragmento de uma fala anterior sobre “o que é determinado legalmente”. A Lei do Exercício Profissional (LEP 7498/86) não só define as atividades que são privativas do enfermeiro, como também discrimina as atividades dos demais membros da equipe de enfermagem. Dentre as atividades privativas do enfermeiro está a prestação de “cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida e cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas” (COREN, 2000, p.17).

No entanto, apesar de as normas institucionais e da legislação profissional estabelecerem que os técnicos e os auxiliares de enfermagem só podem realizar tarefas delegadas sob a supervisão do enfermeiro, ficou claro, durante o período de observação que realizei e nas discussões com o grupo de enfermeiras que, na unidade de emergência, quando chega mais de um doente em situação emergencial, concomitantemente, cada trabalhador de enfermagem cumpre as regras se a instituição lhe dá condições, caso contrário, se necessário, prestam toda a assistência de enfermagem, independente de seu nível de formação, no intuito de preservar o bem maior, ou seja, a vida do doente em situação de risco de vida.

O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (COREN, 2000, p.38) proíbe a prestação “ao cliente de serviços que por sua natureza incumbem a outro profissional, **exceto em casos de emergência**”. Nota-se, que essa prestação de serviços é flexível em situações de emergência, porém o enfermeiro deve “responsabilizar-se por falta cometida em suas atividades profissionais, independente de ter sido praticada individualmente ou em equipe”.

É pertinente salientar que a equipe de enfermagem tem o direito e o dever de lutar por melhores condições de assistência e de trabalho, que cabe à instituição de saúde o dever de oferecer as condições adequadas para o exercício profissional, de forma que os trabalhadores possam ter um desempenho seguro para si e para a clientela.

A maior parte das atividades descritas, na figura 12, se alinha com as reflexões do grupo, de que o trabalho da enfermeira deve basicamente compreender:

- organização do serviço de enfermagem;
- liderança da equipe de enfermagem;
- recebimento do paciente na emergência, prestando, junto com a equipe, os primeiros cuidados e estabelecendo as prioridades;
- estabelecimento de uma metodologia para o atendimento ao doente grave quando de sua chegada a esse serviço;

- realização dos cuidados de maior complexidade e dos específicos do profissional enfermeiro;
- educação continuada ou em serviço da equipe de enfermagem.

### 5.3 – FASE C - **Identificação das possibilidades e das dificuldades na execução do trabalho**

Essa fase corresponde ao terceiro, quarto e quinto encontros.

#### 5.3.1 - O terceiro encontro: **identificação das dificuldades.**

Esse encontro tinha por objetivos:

- fazer um diagnóstico das dificuldades enfrentadas pela enfermeira no desenvolvimento de seu trabalho em geral e diante do doente traumatizado grave;
- contribuir na identificação de possibilidades, para rompimento das dificuldades levantadas.

Inicialmente, foram dadas boas-vindas a todas as participantes e montado o quebra-cabeça. As enfermeiras foram orientadas para, a partir das discussões do encontro anterior, refletirem sobre o que dificulta o desenvolvimento de seu trabalho. Previ, para este momento, a leitura da história e a discussão do texto “O micropoder no processo de trabalho dentro da estrutura hospitalar: vivenciando uma história” (NIETSCHE, 1996).

A história apresentada foi a de uma borboleta chamada Dona Curiosidade que, por ser muito “esperta, investigadora, perspicaz e curiosa” (NIETSCHE, 1996, p.376), encontra formas de ingressar nos diversos setores de um grande hospital e observa como acontece o processo de trabalho nessa instituição, fazendo apontamentos das observações realizadas. Suas observações se relacionam, conforme descrito por Nietzsche (1996),

à hierarquia do serviço de enfermagem, subordinação do auxiliar e técnico à enfermeira e esta ao médico, falta de trabalho em equipe, uso

inadequado da autoridade (enfermeira, médico), falta de condições de trabalho, necessidade de espaço para conversar, mais preocupação com a técnica do que com o ser humano, não respeito a dúvidas e identidade do paciente (...) (p. 381).

A leitura da história foi usada como estímulo para as reflexões sobre os micropoderes dentro da estrutura hospitalar, e sobre as dificuldades para se desenvolver ações que qualificam a assistência de enfermagem. Após a leitura, procurei estimular o diálogo, proporcionando a cada enfermeira a oportunidade de expressar às demais colegas sua interpretação da história e estabelecer relações entre ela e o seu local de trabalho.

A seguir, transcrevo alguns fragmentos das declarações das participantes:

*a história nos faz refletir sobre várias questões que continuam acontecendo ainda nos dias de hoje, dentro do hospital como, por exemplo, o grande número de pessoas formando filas enormes para atendimento; a insatisfação das pessoas quanto ao atendimento; a falta de respeito com as pessoas doentes que ficam sendo mandadas pra cá e pra lá; a invasão da privacidade dos pacientes que vão sendo despídos sem a preocupação de que estão ficando expostos. Muitas vezes, na pressa de fazer as atividades, os profissionais não se preocupam em cobrir o paciente (Cristal).*

*a falta de informação aos familiares que ficam lá fora esperando; os pacientes sem nome, isto é, a falta de identidade dos pacientes que ficam sendo chamados por número de leitos...8...3... Também a manipulação exagerada dos pacientes que ficam dias internados e são submetidos a diversos procedimentos, alguns eles até não querem, mas acabam sendo convencidos a se submeterem (Cristal).*

*a preocupação com o diagnóstico mais do que com a pessoa como ser humano (...) a história mostra a realidade da saúde hoje, isto é, a falta de humanização no atendimento (Topázio).*

*também convivemos com a falta de trabalho em equipe e de respeito mútuo retratados na história (...) o autoritarismo (...) a falta de condições adequadas para desenvolver o trabalho (Esmeralda).*

*a história me faz refletir como estou trabalhando (...) penso no ser humano?? (Rubi).*

Como é possível observar, a história contribuiu para as reflexões, uma vez que a realidade do pronto-atendimento, cotidianamente, apresenta situações muito semelhantes como as da história lida. E, muitas vezes, tais situações acontecem tão corriqueiramente que passam despercebidas pelos profissionais atuantes na área da saúde. Este fato sinaliza para a importância de a instituição abrir espaços de reflexão, pois o “fazer” do profissional deve estar associado ao

“pensar”. Desta forma, pensando o fazer é que os profissionais têm possibilidades de ver e sentir o que precisa ser mudado, para promover mudanças no seu agir.

Após os comentários e as reflexões, foi retomada a lista de atividades construída no encontro anterior, referente ao trabalho das enfermeiras. A partir daquelas anotações, questionei sobre quais **dificuldades** encontravam para desenvolver seu trabalho. Várias discussões se desenvolveram e muitos assuntos emergiram. Diante do grande número de exposições, apresento algumas dificuldades pontuadas pelo grupo.

	DIFICULDADES
<b>1 – Equipe de Enfermagem</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desmotivação da equipe.</li> <li>• Conflitos internos.</li> <li>• Força de trabalho insuficiente.</li> <li>• Falta de união entre as equipes (de todos os turnos).</li> <li>• Falta de rotina no serviço.</li> <li>• Muita cobrança, por parte da equipe de enfermagem, sobre as atividades não realizadas no turno anterior.</li> <li>• Falta de reciclagem dos funcionários.</li> <li>• Quase todos os trabalhadores de enfermagem desenvolvem uma carga horária elevada, acarretando cansaço.</li> <li>• Pouca participação nas reuniões da unidade.</li> <li>• Preferências pessoais dos auxiliares de enfermagem Quanto às atividades (medicação, pediatria, cuidados) na escala de trabalho.</li> <li>• Falta de comprometimento com o serviço.</li> </ul>
<b>2 – Chefia de Enfermagem</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autonomia relativa para solução dos problemas.</li> <li>• Sobrecarga de atividades.</li> </ul>
<b>3 – Coordenação de Enfermagem</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pouca autonomia na resolutividade dos problemas relacionados às dificuldades com as unidades de internação e de apoio, à falta de equipamentos e aos atendimentos ambulatoriais na unidade de emergência.</li> </ul>
<b>4 – Direção de Enfermagem</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de estratégias para:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Equiparação entre os valores das bolsas (salários)<sup>21</sup> dos médicos e dos enfermeiros bolsistas;</li> <li>- Diminuição da sobrecarga de trabalho com relação aos procedimentos ambulatoriais, principalmente no que diz respeito à transfusão de sangue, no pronto-atendimento.</li> </ul> </li> </ul> <p>Pouco contato com os profissionais. Ela se mantém ausente da unidade.</p>
<b>5 – Equipe Médica do PA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de opções, quando não há leito, internam os pacientes em cadeiras.</li> <li>• Permitem a permanência dos pacientes por muitos dias no PA.</li> <li>• Precariedade na comunicação interna e externa de transferência de pacientes para o PA.</li> <li>• Falta um médico específico para reavaliar a permanência dos pacientes internados no PA por mais de 48 horas, e dar os devidos</li> </ul>

<sup>21</sup> Existe uma diferença entre os valores das bolsas ganhas pelos médicos e das ganhas pelos enfermeiros na instituição, embora ambos sejam profissionais de nível superior.

	<p>encaminhamentos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de sistematização no atendimento, ou seja, normatizar a assistência, a fim de que todos falem a mesma linguagem.</li> </ul>
<b>6 – Direção Clínica e Geral</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausência de medidas, no momento, para melhorar as condições atuais de trabalho, tendo em vista a construção do Pronto-Socorro Regional.</li> <li>• Assinatura de convênio com o Consórcio Intermunicipal de Saúde sem condições de infra-estrutura para atender a demanda.</li> <li>• Falta de estratégias de integração entre os serviços ou áreas.</li> </ul>
<b>8 – Condições de Trabalho:</b> física, técnica (materiais e equipamentos) e humana.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Espaço físico inadequado.</li> <li>• Falta de material, e materiais, às vezes, de pouca qualidade.</li> <li>• Força de trabalho insuficiente (enfermagem, secretaria e serviços gerais).</li> <li>• Espaço físico inadequado, com poucas condições de melhorar a organização e a distribuição dos equipamentos, dos pacientes, etc.</li> <li>• Ausência de equipes de enfermagem distintas para pediatria, traumatologia, unidade de internação e emergência.</li> <li>• Ambiente fechado, com iluminação e ventilação artificiais.</li> <li>• Falta de equipamentos para a sala de emergência.</li> <li>• Falta de educação continuada, ou em serviço.</li> </ul>
<b>9 – Organização do trabalho na unidade</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A superlotação de doentes e a força de trabalho insuficiente são as principais dificuldades para a organização do trabalho. Aliado a isso, foram incluídos, pelo grupo, todos os aspectos relacionados anteriormente e, também, as situações e intercorrências próprias de uma unidade aberta como é a de pronto-atendimento, que contribuem para dificultar a organização do trabalho.</li> </ul>

Fonte: Magnago (2001, p. 71).

**Figura 13** - Dificuldades encontradas para o desenvolvimento do trabalho da enfermeira na unidade de urgência e emergência.

As dificuldades elencadas pelas enfermeiras, durante as discussões, mostram a complexidade do local onde elas trabalham, ou seja, elas não trabalham em uma unidade de internação, mas os doentes ficam, por semanas, internados quando apenas precisam dos cuidados de rotina. Também, elas não trabalham num pronto-socorro, mas são recebidos doentes extremamente graves, necessitando de pronto-socorro. A unidade não é uma coisa nem outra, mas tem perfil das duas unidades, com o agravante de ter somente uma enfermeira por turno, podendo acontecer várias situações como, por exemplo, algumas atividades ficarem inacabadas para se atender a outras prioridades que se evidenciam. Rubi denuncia, na sua fala, esta situação:

*esses dias, eu cheguei até um paciente internado, por volta das seis horas, para fazer um curativo e, exatamente naquele momento, chegou um paciente grave na emergência. Resultado: após a passagem do plantão, fui para casa, dormi e, durante o sono, acordei num sobressalto, porque na minha mente ficou gravado a cena do paciente deitado com a bandeja de curativo ao lado. Isto é, não deu tempo de voltar lá e fazer o curativo. Envolvi-me com o paciente da emergência e não lembrei mais do outro.*

Esse episódio denota, ainda, no meu entender, que o profissional, sob essas condições de trabalho, tem dificuldade de se desvencilhar das preocupações ao sair do plantão, tendo em vista a sobrecarga de trabalho. Logo, sua vida familiar e social fica prejudicada, podendo acarretar, futuramente, manifestações físicas ou psicológicas danosas à sua saúde.

Outra situação que gera preocupação é o fato de – por ser um grupo pequeno e encontrar dificuldades para solucionar os problemas da unidade –, o grupo optar um comportamento de acomodação e se desinteressar em buscar formas de resolução para os problemas existentes. Cria-se, assim, um ambiente propício para que os profissionais sintam-se desestimulados, o que reforça a atual situação de procurar por soluções imediatas aos problemas existentes (“apagar incêndios”), no entanto, sem uma maior resolutividade, já que não é possível intervir no agente causador do problema.

Durante todo o encontro, houve intensa participação verbal das enfermeiras. Visando atender os objetivos do processo educativo, foi respeitada a necessidade de cada uma das participantes expor sobre suas dificuldades no trabalho. O diálogo aconteceu no sentido da problematização da realidade vivenciada pelas enfermeiras. Com isto, alguns objetivos traçados para este encontro não foram contemplados e, já prevendo que tal fato poderia acontecer nos demais encontros, foi sugerido o acréscimo de mais dois encontros. O grupo foi receptivo e aceitou a proposta.

Ao término das discussões, foi proposta uma oficina em que as enfermeiras desenvolveram atividades lúdicas utilizando papel de seda. Foi entregue um recorte de papel de seda a cada participante e solicitado que colocassem nele, simbolicamente, todas as dificuldades mencionadas anteriormente. Foram orientadas para que o amassassem e, posteriormente, o fossem abrindo com cuidado admirando todas as dobras ou ranhuras que ficaram no papel, transformado-o, a seguir, numa flor.

Ao desenvolver tais atividades, o grupo percebeu que algumas dificuldades poderiam ser identificadas como metas a serem trabalhadas – em prol de melhores condições de trabalho –, não como obstáculos a serem temidos.

Significou, ao final da técnica, lançar um novo olhar sobre as dificuldades e perceber que, quando se faz reflexão, busca-se alternativas para superá-las.



A transformação do papel amassado em uma flor transmitiu ao grupo a mensagem de uma possível transformação, pois, para modificar e superar as dificuldades, é preciso ter paciência, entusiasmo e vontade de querer mudar, mas sobretudo persistência para ultrapassar os obstáculos.

**Figura 14** - “Transformar é preciso”.

Nesse momento, foi colocada uma música ambiental, proporcionando momentos de descontração e relaxamento ao grupo.

Tendo presente essas situações, surge, inquietante, uma palavra: ‘mudança’. Vontade de mudar, de achar alguma forma de negociar, de dividir responsabilidades; enfim, de encontrar saídas, de criar estratégias para resolução dos problemas encontrados. Na unidade de pronto-atendimento e na instituição, de uma forma geral, não há um planejamento estratégico, mesmo para a resolução dos problemas que estão sob a governabilidade dos profissionais e dos diretores, respectivamente.

‘Mudança’ deve ser a palavra guia, pois mudar é preciso. Vale lembrar que para Silveira Júnior e Vivacqua (1996, p. xiii) “é no instante da formulação estratégica que o homem rotinizado, aquele que detém técnicas, aquele que “faz” o dia-a-dia da organização, passa ao estágio do “saber”, tornando-se arquiteto de novas realidades”.

Essa afirmativa dá destaque ao fator de crescimento pessoal e profissional e de comprometimento do trabalhador, pois, ao se comprometer com dada realidade, ele se torna sujeito dela, produzindo mudanças qualitativas em sua unidade de trabalho.

Como forma de tentar clarificar algumas situações e, também, como profissional atuante nessa unidade, agora vendo a realidade com um olhar mais investigativo, me proponho a fazer algumas considerações que talvez possam ajudar a equipe na condução dos problemas, identificados e citados pelo grupo, que são de possível governabilidade.

Destaco, portanto, do quadro acima, alguns itens para reflexão.

#### A – Desmotivação da equipe e pouca participação nas reuniões

A motivação é um dos componentes imprescindíveis para que as pessoas possam desenvolver suas atividades com satisfação (LIMA, 1996). E, apesar de compreender que a motivação é intrínseca de cada pessoa, há a necessidade de desenvolver, no cotidiano de trabalho, estratégias que possam auxiliar os trabalhadores a se sentirem mais motivados.

A observação de campo e a experiência profissional na unidade focada, possibilitam-me, pela análise, afirmar que a desmotivação na equipe, referida pelas enfermeiras, não acontece pelo fato de elas não gostarem da unidade ou do que fazem, muito pelo contrário; tal desmotivação parece estar relacionada essencialmente a fatores sócio-econômicos como a baixa remuneração, as precárias condições de trabalho, a sobrecarga de trabalho, a falta de reconhecimento e de valorização profissional. Pelo menos é o que se pode depreender a partir da Fase A “Compreensão do Sujeito Trabalhador”, deste estudo.

Para as duas primeiras causas abordadas, a gerência de enfermagem não possui autonomia suficiente para solucioná-las, pois estão diretamente ligadas a movimentos coletivos para pleitear melhorias; entretanto, as demais podem ser amenizadas ou até resolvidas por meio de uma prática gerencial participativa e reflexiva da enfermeira, como líder da equipe.

Algumas estratégias podem ser elencadas para as pessoas se sentirem motivadas como, por exemplo, as quatro maneiras sob a forma de jogos citadas por Bergamini, apud Lima (1996):

01) **jogo da participação**: a regra do jogo é 'preciso de ajuda'; 02) **jogo da ação**: a regra do jogo 'quero ver se você é capaz' tem a finalidade de colocar as pessoas em movimento, de tal forma que mobilizam todos os esforços de que realmente são capazes para comprovarem que são competentes; 03) **jogo da manutenção**: a regra é 'preciso agir com cuidado' parece atender as expectativas de que essas pessoas, se orientam deixando sentirem-se confortáveis ao perceberem que dispõem do tempo que julgam adequado para garantirem a melhor qualidade possível daquilo que fazem; 04) **jogo da conciliação**: a grande regra do jogo que atende suas expectativas pessoais para fazê-lo entrar em ação é 'preciso conseguir vender a idéia' e faz um apelo direto às suas necessidades pessoais de ser um agente de harmonia e de convivência agradável (p.135).

Outras maneiras de impulsionar as pessoas, para uma maior satisfação no cotidiano de trabalho, podem estar numa simples orientação, num elogio, no lembrar coisas importantes para elas (aniversário, p.e.), entre outras.

A participação dos trabalhadores nas reuniões pode ser estimulada a partir da construção de encontros criativos, com desenvolvimento de técnicas de grupo e com diferentes formas de abordagem dos assuntos.

B – Conflitos internos; cobranças por atividades não realizadas e falta de união.

Como seres humanos, possuímos inúmeras diferenças, necessidades, objetivos individuais e coletivos. As diferenças individuais são, portanto, inevitáveis e influenciam sobremaneira as relações interpessoais.

Na relação de trabalho da enfermagem é comum o surgimento de alguns conflitos, algumas diferenças, pois é um trabalho coletivo, no qual podemos encontrar divergências sócio-culturais, o que já demonstra uma variedade de pensamentos, atos, opiniões e condutas.

Discutir e compartilhar no grupo as diferenças que surgem no trabalho, geralmente, traz melhorias para a integração e contribui para o crescimento do

grupo, pois, no dizer de Moscovici (2000, p.145), as diferenças individuais “podem ser consideradas intrinsecamente desejáveis e valiosas, pois propiciam riqueza de possibilidades, de opções de melhora – e piora – maneiras de reagir a qualquer situação ou problema”. O conflito oportuniza, também, momentos de novas reflexões e, trabalhado de forma saudável, pode-se prevenir o marasmo e a estagnação de uma equipe.

Ainda, para a mesma autora (p.146), “o conflito, em si, não é patológico nem destrutivo. Pode ter conseqüências funcionais e disfuncionais, a depender de sua intensidade, estágio de evolução, contexto e forma como é tratado”.

Diante do exposto, a adoção de algumas estratégias podem auxiliar na harmonização das diferenças e possibilitar melhor convivência das pessoas no grupo e no trabalho. Schimidt e Tannenbaum, citados por Moscovici (2000), indicam quatro abordagens que o líder de um grupo pode utilizar para resolver as situações conflitivas, ou seja:

**Evitar o conflito:** compor grupos mais homogêneos, com maior afinidade de pontos de vista, valores, metas e métodos (...) exercer controle sobre as relações interpessoais, separando as pessoas mais agressivas ou divergentes no planejamento das atividades (...); **reprimir o conflito:** (...) através de recompensa e punições (...); **aguzar as divergências em conflito:** o líder reconhece e aceita as divergências e procura criar uma situação para a expressão aberta em conflito, para que possa ser visto como tal (...) e, **transformar as diferenças em resolução de problemas:** muitos problemas só podem ser vistos claramente, em perspectiva, no seu todo, se os indivíduos que recebem aspectos diferentes se reúnem, juntam suas diferenças, trabalhando colaborativamente para uma síntese significativa (p. 149, grifo autor).

Ressalta-se, no entanto, que “não há uma fórmula mágica” (MOSCOVICI, 2000, p.146) para trabalhar o conflito, pois as situações conflitivas estão inseridas no contexto em que ocorrem. Nesse sentido, a busca por soluções criativas e inovadoras exige, muitas vezes, transitar pelas diversas abordagens acima citadas, de forma a aumentar as possibilidades de sucesso na resolução do conflito.

Na unidade de pronto-atendimento, além dessas abordagens, o conflito poderia ser trabalhado se fossem utilizadas algumas estratégias, tais como:

- melhorar relacionamento entre turnos, utilizando alguns minutos da passagem do plantão para compartilhar experiências, trocar idéias, refletir sobre fatos ocorridos;
- promover encontros entre turnos, proporcionando maior integração por meio de atividades de relaxamento; trabalhando as relações interpessoais e a questão das preferências pessoais; alertando para a importância da solidariedade e da alegria no ambiente de trabalho;
- estabelecer quais as atividades que são próprias de cada turno (curativos, banhos, preparos, revisão do carro de emergência, entre outros).

Essas estratégias poderiam ser utilizadas para tentar amenizar as situações conflitivas no grupo. No entanto, mudar o instituído exige esforço coletivo e, principalmente, vontade de querer mudar; exige estar aberto para novas possibilidades do agir e ainda adotar condutas éticas no relacionamento grupal.

Para Fernandes (1998), a ética individual é diferente da ética grupal, pois esta última

*segue princípios próprios que surgem de dentro para fora do grupo. É a ética do consenso, do interesse e da coerência, abarcando todas as experiências individuais, que confrontam-se diante das diferenças, buscando o equilíbrio através das relações interpessoais (p. 20).*

Este caminho pode ser construído se for possível trabalhar as polaridades e os conflitos existentes no grupo, no próprio ritmo e espaço dele, o que não é uma tarefa fácil, mas possível.

C – Falta de rotinas na unidade; falta de sistematização do atendimento e precariedade na comunicação interna e externa de transferência de pacientes para o PA.

O estabelecimento de normas e rotinas, na verdade, ainda é amplamente utilizado na maioria das instituições hospitalares. No entanto, elas não devem condicionar acriticamente a ação dos trabalhadores. Em algumas instituições, as

normas e as rotinas têm sido substituídas por protocolos, pois, além de propiciar um atendimento melhor, com eficiência e eficácia, os resultados são possíveis de serem garantidos e avaliados. Então, os protocolos já servem como critérios de avaliação do trabalho desenvolvido.

Na unidade de pronto-atendimento, a falta de rotinas foi citada pelas enfermeiras, como uma dificuldade para o desenvolvimento do trabalho. A causa dessa inexistência são, basicamente, a falta de pessoal e de tempo para elaborá-las.

A partir dessa dificuldade podem ser criadas algumas estratégias que facilitariam a solução do problema. Dentre elas:

- ver, no grupo, quem se disporia a elaborar as normas e as rotinas da unidade. A partir daí, em alguns plantões, a enfermeira que se dispusesse a fazê-las, ao invés de assumir o plantão, as elaboraria. Outra enfermeira assumiria a unidade de trabalho. Caso isso não fosse possível, devido à falta de pessoal, poderia ser vista a possibilidade de a enfermeira elaborá-las fora do horário de trabalho e ganhar horas extras;
- conversar com a coordenação do Curso de Enfermagem sobre a possibilidade dos alunos do 7º semestre, que estão desenvolvendo a disciplina de Administração dos Serviços de Enfermagem nesta unidade, elaborarem as normas e rotinas como atividade da disciplina.

As normas e rotinas elaboradas, quer por uma enfermeira da unidade ou pelos alunos da administração, seriam, posteriormente, analisadas e validadas pelo grupo de enfermeiras da unidade.

A sistematização no atendimento, da mesma forma, poderia ser elaborada a partir do perfil epidemiológico dos atendimentos na unidade, do que já está escrito na literatura, para ser adaptado de acordo com a realidade do pronto-atendimento.

A precariedade na comunicação interna - sobre a transferência de doentes para o pronto-atendimento - poderia ser resolvida com a convocação da equipe multiprofissional para uma reunião, a fim de esclarecer que o trabalho na unidade

é coletivo, por isso a importância de todos os profissionais envolvidos na recepção e no atendimento estarem cientes da transferência dos doentes para o pronto-atendimento. Já, na comunicação externa, poderia ser encaminhado um documento aos hospitais que fazem a transferência de doentes sem a devida comunicação, da importância do contato prévio com o serviço de emergência que irá receber o doente.

#### D – Falta de educação continuada.

A educação continuada está contemplada na descrição dos objetivos da instituição. Se, no pronto-atendimento, não está sendo oferecida, ou está, mas não como o grupo gostaria, uma das formas de sanar esse problema seria os trabalhadores dessa unidade estabelecerem, junto ao Serviço de Educação Continuada, as metas a serem trabalhadas.

Foi sugestão do grupo, para atender a essa lacuna no serviço, duas possibilidades: primeira, o levantamento dos problemas; segunda, a formação de um grupo de estudos e pesquisas, com a finalidade de discutir os problemas levantados, definir estratégias e produzir ações e conhecimentos sobre a experiência vivenciada no cotidiano da unidade.

#### E – Diminuição da sobrecarga de trabalho com relação aos procedimentos ambulatoriais (hemotransfusão) no PA.

Dos procedimentos ambulatoriais executados na unidade de pronto-atendimento, o mais freqüente é a hemotransfusão. As enfermeiras entendem que os doentes da hematologia são pessoas que, geralmente, apresentam uma baixa imunidade. A permanência deles, nos corredores lotados e insalubres da unidade, pode agravar seus problemas de saúde.

A estratégia seria uma melhor organização e administração da sala, reservada, no hospital, para esse fim, mas que atualmente funciona de forma inadequada.

F – Pouco contato da Direção de Enfermagem com a unidade.

Em vários momentos das discussões no grupo, emergiu como problemática o pouco contato da Direção de Enfermagem com os profissionais e com a unidade de pronto-atendimento. Esse fato sinaliza para a importância da direção reconhecer seu papel gerencial, intermediando interesses e necessidades da equipe, menos como um mecanismo de controle e fiscalização, mais como um momento de 'fazer parte' do cotidiano de trabalho institucional.

G – Alta permanência dos doentes no PA

Na verdade, estatisticamente, a maioria dos doentes permanecem até dois dias na unidade (alta/transferência/óbito). Os que permanecem por mais tempo, geralmente, são aqueles que já estabilizaram o quadro clínico, mas ainda não podem ter alta hospitalar e não há leitos vagos nas unidades de internação, superlotando o PA.

A estratégia viável que, de certa forma, já é utilizada, seria verificar a possibilidade de transferência para outros hospitais da cidade ou região. Outra estratégia, apesar de estar fora da nossa governabilidade, seria a criação de uma Central de Regulação dos Leitos Hospitalares da região de abrangência do hospital em estudo, chefiada pela Coordenadoria de Saúde respectiva. Esta Central teria o controle dos leitos desocupados (conveniados ao SUS) e gerenciaria a transferência dos doentes estabilizados, mas que necessitam continuar internados para completar o tratamento. Este procedimento poderia diminuir a superlotação no pronto-atendimento do hospital em estudo.

Por outro lado, alguns doentes permanecem internados aguardando a realização de procedimentos clínicos ou cirúrgicos; agilizar a realização desses procedimentos reduziria o tempo de internação deles.

### 5.3.2 – O quarto encontro: **identificação das facilidades.**

Esse encontro teve por objetivos:

- fazer um levantamento das facilidades que o serviço oferece para o desenvolvimento do trabalho;
- refletir sobre o trabalho da enfermeira perante o doente traumatizado grave.

As facilidades que o serviço oferece, podem ser entendidas como os meios presentes, no cotidiano, que favorecem o desenvolvimento do processo de trabalho da enfermagem. A partir daí, ao retomar os dizeres do encontro anterior, no que diz respeito às dificuldades pontuadas, foi possível iniciar a reflexão sobre o que facilita o desenvolvimento das ações da enfermeira no trabalho.

A princípio, perante as dificuldades presentes e elencadas pelo grupo, instalaram-se momentos de silêncio, pois as enfermeiras não conseguiam lembrar as facilidades no trabalho, como marca a seguinte exclamação feita pelo grupo:

*será que temos alguma facilidade?!*

A falta de condições de trabalho é, provavelmente, a principal causa dessa manifestação geral do grupo. No entanto, parar e pensar como está o nosso trabalho é nos permitir um outro olhar, um olhar crítico, é extrair o que de bom há nele e usar tal extração como estratégia para as transformações que se fazem possíveis dentro dessa realidade vivenciada.

As facilidades foram pontuadas de acordo com os mesmos critérios (anexo 6) utilizados para identificar as dificuldades. Na figura abaixo, estão apresentadas as facilidades identificadas pelo grupo:

	FACILIDADES
<b>1 – Equipe de Enfermagem</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Auxiliares de enfermagem interessados, dedicados. Eles aceitam críticas e sugestões e realizam o trabalho em equipe no seu turno de trabalho.</li> <li>• Equipe bem preparada, atuando de forma dinâmica e bastante atenta, ante as emergências.</li> </ul>
<b>2 – Chefia de Enfermagem</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acessibilidade e interesse em melhorar o trabalho.</li> <li>• Preocupação com a melhoria no atendimento. Bom relacionamento com a equipe.</li> <li>• Autonomia relativa.</li> </ul>
<b>3 – Coordenação de Enfermagem</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponibilidade.</li> <li>• Bom relacionamento com a equipe.</li> </ul>
<b>4 – Direção de Enfermagem</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acessibilidade e disponibilidade.</li> </ul>
<b>5 – Equipe Médica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A realização do curso ATLS, pela maioria dos médicos, tem proporcionado melhoria no atendimento e no trabalho em equipe.</li> <li>• Melhoria na comunicação da equipe médica com a equipe de enfermagem, possibilitando melhor organização do serviço.</li> </ul>
<b>6 – Direção Clínica e Geral</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponibilidade e acessibilidade.</li> </ul>
<b>7 – Condições de Trabalho</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não foram encontradas facilidades.</li> </ul>
<b>8 – Organização do Trabalho</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autonomia da enfermeira nas decisões sobre o serviço de enfermagem.</li> <li>• Trabalho em equipe no turno de trabalho.</li> <li>• Contratação de profissionais de enfermagem (Bolsas de trabalho).</li> </ul>

Fonte: Magnago (2001, p.111)

**Figura 15** - Facilidades encontradas para o desenvolvimento do trabalho da enfermeira, na unidade de urgência e emergência.

Se forem analisadas comparativamente a figura em que as enfermeiras apontam as dificuldades e a outra em que estão as facilidades, ambas vivenciadas no cotidiano de trabalho na unidade de pronto-atendimento, existem algumas contradições. Ao mesmo tempo em que elas falam de desmotivação, conflitos e falta de união da equipe, nas dificuldades; falam em pessoas interessadas, dedicadas e dinâmicas, nas facilidades. Essas contradições, provavelmente, são resultantes da complexidade do serviço e das condições de trabalho. Isto, de certa forma, transparece nos seguintes depoimentos:

*apesar de todos os aspectos negativos que temos no trabalho, nós temos uma equipe muito boa, muito dedicada. Porque muito do que se faz é por amor à camiseta e por amor ao paciente (Topázio).*

*temos vários problemas, mas quando acontece uma emergência, a equipe é muito unida. Todos atuam de forma dinâmica e bastante atenta(...)* (Esmeralda).

Embora seja possível detectar contradições, já que as facilidades percebidas pelas enfermeiras quanto à equipe de enfermagem a caracterizam como dinâmica, dedicada e unida; é possível que isso possa ser visto como um fator motivacional para as enfermeiras, pois lembra que a equipe possui características que favorecem o desenvolvimento de melhorias, tanto nas relações interpessoais quanto nas atividades desempenhadas. Assim, as enfermeiras, como gerentes do processo de trabalho em enfermagem, podem valorizar e acentuar tais características como ponto de partida para o engajamento de todos nas transformações almejadas.

Por outro lado, é questionável, eticamente, a atuação dos profissionais de forma diferenciada em determinadas situações, como descrita acima na fala de Esmeralda. No entanto, pela minha vivência profissional nessa unidade, observo que essa situação acontece não por descaso dos profissionais, mas pela saturação de atividades, pelo risco de vida iminente do doente em situação de emergência e pela satisfação de ter contribuído para a manutenção da vida deste.

Além disso, é pertinente ressaltar que o profissional nem tudo faz por amor à camiseta e ao paciente, mas pela pressão da responsabilidade profissional que não abre alternativas.

Na perspectiva de iniciar a discussão sobre o trabalho da enfermeira na sala de emergência, foi utilizada a dramatização de uma assistência ao doente traumatizado grave (com base nas observações realizadas no pronto-atendimento, durante o período de observação de campo), como estratégia para conduzir o grupo na identificação dos pontos fortes, dos pontos frágeis, dos elementos do processo de trabalho em enfermagem e das implicações éticas no atendimento.

A dramatização enfocava o cotidiano de trabalho dos profissionais da área da saúde na instituição estudada. A validação disso está retratada na fala de Topázio:

*o que foi dramatizado acontece, com muita frequência, no pronto-atendimento. Geralmente, temos a sorte da maca da emergência estar vaga, mas, muitas vezes, já aconteceu de estar ocupada. Aí se estabelece um enorme problema (...).*

Os pontos evidenciados pelo grupo, a partir da dramatização, materializam os empecilhos ao desenvolvimento de uma assistência de qualidade, o que de, certa forma, retrata também o panorama de muitas instituições de saúde.

A falta de condições de trabalho, no que se refere à superlotação da emergência; a falta de materiais e de equipamentos; a desorganização da sala de emergência; o número insuficiente de profissionais de enfermagem para prestar assistência, haja vista a presença de somente uma enfermeira no turno, foram os pontos frágeis evidenciados na dramatização e confirmados nos seguintes depoimentos:

*(...) nessa dramatização, se evidenciou a nossa realidade de trabalho, ou seja, falta-nos condições materiais, humanas e equipamentos para desenvolver bem as nossas atividades (...) quando terminamos de atender uma emergência, muitas vezes, a sala fica desorganizada, porque temos mais 15 ou 20 pacientes internados a serem atendidos e você tem que largar aquilo que está fazendo, para responder a uma outra necessidade que vem à tona (...) Entre organizar a sala e atender o paciente que precisa de você, prioriza-se o atendimento ao paciente. Aí, segundos mais tarde, acontece, chega uma emergência e a sala está do jeito que está (...)* (Topázio).

*a presença só de uma enfermeira na equipe é muito ruim e estressante, porque, às vezes, tu estás atendendo um doente e o médico está reclamando que alguma coisa, num outro, não foi vista, mas como é que vais dar conta de tudo? Somos só uma!* (...) (Rubi).

*o PA estava superlotado, havia poucos funcionários. Acho que tem que ter uma equipe só para atender na sala de emergência. A médica chamou a atenção da enfermeira que o auxiliar estava administrando medicação em outro paciente e não estava ajudando na emergência, mas aquele paciente internado, que a auxiliar estava medicando, também merecia estar sendo cuidado. Só que, muitas vezes, a gente acaba dando prioridade à emergência, e deixando os outros. Por isso acho que deveríamos ter duas equipes* (Topázio).

Também foram elencados como pontos frágeis, a falta de comunicação entre a enfermeira e os auxiliares, a falta de sistematização no atendimento e o esquecimento dos familiares que aguardavam por informações.

A fragilidade da organização e da estruturação da assistência é percebida, pois, como pontos fortes, foram evidenciados apenas três aspectos no atendimento ao doente traumatizado grave, quais sejam, a agilidade no atendimento prestado, o conhecimento técnico-científico da enfermeira e a comunicação que a enfermeira estabeleceu com o doente, no sentido de mantê-lo tranqüilo. Não que estes não sejam importantes e necessários, mas é preciso

relembrar que a assistência deve ser organizada em função do indivíduo que procura atendimento; portanto, é fundamental o estabelecimento de outras estratégias, que contemplem as reais necessidades do sujeito que chega ao serviço de emergência. Não foi levantada, em nenhum momento, a possibilidade desse serviço, como referência no atendimento, poder ser também referência na criação de propostas educativas de prevenção ao trauma e seqüelas.

O terceiro aspecto pontuado pelas enfermeiras está relacionado às implicações éticas observadas durante o atendimento ao doente traumatizado grave, na dramatização, conforme sinalizadas a seguir:

- Ausência de comunicação – o serviço que estava enviando o doente não informou a equipe do PA previamente;
- falta de discrição no atendimento (falar próximo ao paciente que ele está em estado grave);
- ausência de informações aos familiares;
- falta de condições materiais, humanas e de equipamentos para desenvolver o trabalho;
- número de trabalhadores insuficiente nos serviços de apoio (Raios X e Tomografia), no período do noturno. Necessidade que um auxiliar do pronto-atendimento fique ajudando;
- número de trabalhadores de enfermagem insuficiente para atender, concomitantemente, os doentes da sala de emergência e os da unidade de observação;
- verificação dos sinais vitais numa frequência muito distante (fato que dificulta a observação de alterações hemodinâmicas no quadro clínico do doente);
- poucas anotações de enfermagem no prontuário.

Os aspectos éticos levantados validam os identificados na observação de campo e retratam uma realidade, na qual tanto os profissionais inseridos na instituição, como os gestores (no caso do Serviço Público Federal, o governo) têm uma parcela de responsabilidade. Alguns dilemas podem ser resolvidos, ou até

suprimidos, pelos profissionais que atuam na instituição; outros dependem da hierarquia superior, por meio de seus regimentos e leis.

Na fala de Cristal, podem ser identificadas algumas justificativas para a falta de dados nas anotações:

*a gente só vai fazer a nota de internação e descrever o que foi realizado depois do atendimento. Muitas vezes, enquanto estamos anotando, somos interrompidas várias vezes, ocorrendo uma quebra na seqüência do raciocínio sobre a escrita, o que também leva ao risco de esquecimento de algumas anotações importantes.*

A partir das discussões, o grupo identificou a necessidade de algumas ações serem reparadas como, por exemplo a possibilidade de ser elaborado um instrumento de registro que facilitasse e agilizasse as anotações.

Com base nisto, procurei aprofundar a reflexão, para que o grupo pudesse pensar e entender o que poderia ter sido diferente na assistência prestada. Assim, diante da verificação dos sinais vitais, numa frequência pequena, apresentada na dramatização, Esmeralda sugeriu a seguinte alternativa:

*deveria ter sido designado um dos auxiliares só para o controle dos pacientes da emergência. Com isso, os sinais vitais seriam verificados mais vezes, proporcionando atenção para qualquer alteração no quadro clínico dos pacientes (Esmeralda).*

Sobre o fato da superlotação na sala de emergência, assim se manifestou Rubi:

*deveria ter sido tirado pelo menos um dos pacientes que estavam na emergência. Alguém poderia ter se “atenado” na hora e retirado ele dali.*

A partir dessa reflexão, Cristal fez a seguinte observação:

*o caso é que todos os pacientes da sala de emergência estavam no oxigênio. Iam ser transferidos para onde? Os leitos da unidade estavam todos ocupados (...) Só se fossem colocados no corredor, mas no corredor não tem rede de oxigênio. Tirá-los da emergência e deixá-los sem oxigênio?*

Ante essa situação caótica, pela qual passam os serviços de emergência no país – com respeito à superlotação – ficou evidenciado, na fala de Esmeralda, a importância da comunicação (Referência/Contra-referência) entre os serviços, antes de os doentes serem transferidos:

*se a enfermeira tivesse sido avisada, em tempo, que estes pacientes estavam por chegar, ela poderia ter liberado a emergência e organizado*

*melhor o ambiente. É muito comum não sermos avisadas e toda essa confusão se formar (Esmeralda).*

Essa problemática de construção de uma rede de serviços com base nas diretrizes da lei 8080/90 de regionalização e hierarquização dos serviços, provoca dificuldades operacionais no hospital em estudo, tendo em vista que se trata de um hospital regional e que o SUS é uma política de saúde em construção. Contudo, a perspectiva de discutir junto à rede de serviços a elaboração de um fluxo de atendimento que venha a beneficiar o doente é uma realidade que está sendo construída.

Foi evidenciada, também, nas discussões, diante do exposto na dramatização, a forma como cada uma das enfermeiras presta a assistência aos doentes na sala de emergência. A partir dos comentários de Cristal – *“As coisas são tão improvisadas, pelas condições em que se trabalha, que eu não consigo seguir uma norma...”* e dos comentários de Topázio – *“Temos que cuidar com a higienização, temos que ter claro em que momento ela deve ser feita, e não priorizá-la”*, fica evidente que não há uma metodologia única de atendimento. Cada uma faz do seu modo e prioriza aquilo que percebe ser mais importante naquele momento.

A importância de ser adotada uma sistematização na assistência, a fim de nortear as condutas a serem tomadas na emergência, é retratada na fala de Esmeralda como indispensável e muito importante.

*É importantíssimo e indispensável sistematizarmos a assistência de enfermagem para todas nós falarmos a mesma linguagem (...) isso nos dará força e respeito. Outra coisa é normatizar as nossas atitudes, claro que cada uma tem liberdade, mas a intenção é mantermos um padrão no atendimento.*

Na fala de Rubi, surge a reflexão de que o atendimento na emergência é realizado por uma equipe multiprofissional, portanto, se faz importante trabalhar em equipe.

*Não somos um grupo separado (dos médicos). Para normatizarmos qualquer coisa no atendimento ao paciente grave, temos que ter um entendimento com os médicos. Porque não adianta nós normatizarmos de uma forma e eles de outra. Quando a linguagem é a mesma, ganha o paciente e ganha a equipe (Rubi).*

Essa reflexão vai ao encontro do que Capella e Leopardi (1999, p.140) pressupõem, quando elas afirmam que é “necessário a reconstrução de ações integradas, numa perspectiva interdisciplinar, para a democratização do pensar e do fazer, em que o planejamento e a execução sejam coletivos”; pois, o processo de trabalho em saúde é coletivo e cada trabalhador executa parte das ações desse trabalho.

As autoras ainda entendem que essas ações devem ser planejadas conjuntamente com o sujeito portador de carências de saúde. Nesse caso, o sujeito é o doente traumatizado grave que, por estar numa situação de extrema gravidade, fica passivo a todas as condutas tomadas pelos profissionais. De certa forma, os familiares também ficam passivos, pois por ser esta uma situação de emergência, os profissionais se empenham primeiramente na manutenção da vida do doente.

A elaboração dos conceitos de **doente traumatizado grave, enfermeira de unidade de emergência e trabalho da enfermeira nesta unidade**, pelo grupo, possibilitou-me conhecer os valores de cada participante e, também ao grupo no sentido de repensar seu cotidiano de trabalho. Isso contribuiu para minhas reflexões posteriores.

No geral, as enfermeiras compreendem **o doente traumatizado grave** como um ser humano, caracterizando-o por possuir agravos físicos, que podem comprometer diversos órgãos ou sistemas. Além dos agravos físicos, as enfermeiras entendem que este doente também possui necessidades psíquicas, que não podem ser esquecidas durante o atendimento. Enfocam que o atendimento deve ser especializado e ágil, prestado por uma equipe qualificada, isso pode ser percebido nas conceituações a seguir:

*é aquele **ser humano** que chega ao pronto-socorro necessitando de **atendimento especializado e ágil para o restabelecimento de sua vida de forma integral**, não esquecendo nunca de que é ser humano e de suas **necessidades psíquicas** (Rubi, grifo nosso).*

*cliente que apresenta **lesões de diversas naturezas**, determinadas por agentes mecânicos, podendo **comprometer diversos órgãos e sistemas**, interferindo nas funções vitais, colocando em risco sua vida (Topázio, grifo nosso).*

*o doente traumatizado grave é o **ser humano** que, **independente da cor, raça, situação social**, necessita de um **atendimento de***

**emergência**, que deve ser prestado por uma **equipe preparada e eficiente** (Esmeralda, grifo nosso).

**indivíduo** com trauma de grandes proporções e que está **com risco de vida iminente** (Cristal, grifo nosso).

Fica claro, nos conceitos construídos, que o doente traumatizado grave se submete ao atendimento dos profissionais sem, na maioria das vezes, interagir com a equipe, já que os agravos à sua saúde o impossibilitam de desenvolver parcial ou totalmente sua autonomia, como é focado por Capella e Leopardi (1999) na Teoria Sócio-humanista. Essa atitude só aumenta as responsabilidades dos profissionais, que tomam para si, por meio de suas ações e de suas possibilidades, a manutenção da vida desse indivíduo.

Para o conceito de **enfermeira de unidade de urgência e emergência**, notei que, além das habilidades específicas que a profissional deve ter, surgem outras questões importantes e que foram expostas, anteriormente, como dificuldades. Por exemplo: dar suporte aos familiares, ter equilíbrio emocional e habilidade para trabalhar em equipe, como assinalam os conceitos elaborados:

*profissional de enfermagem capacitado para liderar as ações de enfermagem junto à equipe de emergência, determinando as prioridades no atendimento e realizando os cuidados de maior complexidade* (Topázio).

*é o profissional dotado de habilidade, preparo técnico e emocional, para que tenha condições de, no atendimento ao paciente grave, **dar também o suporte adequado aos familiares*** (Esmeralda, grifo nosso).

*profissional apto para perceber as necessidades mais urgentes a serem atendidas no doente que chega à emergência* (Cristal).

*dedica-se a realizar, **juntamente com a equipe interdisciplinar**, manobras que têm como meta a **manutenção da vida**. É importante que tenha **equilíbrio emocional e habilidades para trabalhar em equipe**. A enfermeira de emergência trabalha sob estresse, tensão emocional, não sabendo o que acontecerá no seu turno de trabalho, mas é muito gratificante a reabilitação do indivíduo. É o que faz sermos apaixonadas por nosso trabalho na emergência* (Rubi, grifo nosso).

Diante desses conceitos emergidos no grupo, há um entendimento de vários aspectos importantes que compõem o perfil idealizado da profissional que, exercendo a liderança do grupo de trabalho da enfermagem, deve ter ou desenvolver características que viabilizem o exercício da sua profissão. Transparece nos conceitos a função gerencial, a interface com outras profissões,

a necessária habilidade emocional, técnica e científica para o desenvolver de ações em unidade de emergência.

Dessa forma, os conceitos construídos pelas enfermeiras, além de reforçarem o conceito de sujeito trabalhador de enfermagem proposto pelas teóricas, na Teoria Sócio-humanista, apontam características imprescindíveis ao papel da enfermeira na unidade de emergência como, por exemplo, liderança, competência (técnica, intelectual e relacional), capacidade decisória e comprometimento com o processo de trabalho.

Com relação ao **trabalho da enfermeira** na unidade, ficou evidenciado nas discussões que, apesar da falta de condições para realizá-lo, as enfermeiras demonstram satisfação em trabalhar na emergência. Não encontrei, nos conceitos elaborados, se a aplicação do saber profissional possibilita a geração de ações transformadoras no trabalho e nas variadas circunstâncias que o cercam e o determinam, como relatei no marco.

*É um trabalho árduo, onde inúmeras situações se apresentam diariamente, quase sempre de difícil resolução. Mas, ao mesmo tempo, é muito gratificante, levando-se em consideração o que podemos vivenciar depois de nossa "corrida": observar o nosso paciente que saiu da parada cardíaca, o traumatizado que já está falando. Isso é muito bom e nos dá estímulos para continuar e ir sempre em busca de novos caminhos para melhorar o atendimento (Esmeralda).*

*Avaliar o indivíduo, priorizando as necessidades e coordenando os demais elementos de equipe de enfermagem, para dar um melhor atendimento ao paciente (Cristal).*

*Avaliação rápida do estado geral do paciente (funções vitais); permeabilização das vias aéreas; avaliar a função cárdio-respiratória (auxiliar nas manobras de reanimação, de controle do choque hipovolêmico, punção venosa calibrosa, sondagens); avaliar estado de consciência do paciente; imobilizar fraturas, observando extremidades; proteger os ferimentos com compressas estéreis e avaliar a ansiedade do paciente e familiares (Topázio).*

O trabalho da enfermeira, na concepção dos sujeitos deste estudo, está circunscrito ao cuidado direto ao doente traumatizado grave. A manutenção da vida desse doente transpõe como objetivo central do trabalho nessa unidade, o que parece conferir maior grau de satisfação ao profissional.

A organização do trabalho não foi contemplada nos conceitos como objeto de trabalho da enfermeira. Ela ainda não é percebida como parte do papel articulador exercido pela enfermeira.

Outro aspecto a considerar é a não explicitação do papel educador da enfermeira junto à sua equipe, já que a falta de educação continuada ou, mais propriamente, em serviço, foram sinalizadas anteriormente como uma das dificuldades para o desenvolvimento do trabalho.

Após a apresentação de cada conceito elaborado pelas participantes, considerei importante incluir os conceitos de “sujeito portador de carências de saúde”, “trabalho” e “sujeito trabalhador de enfermagem” elaborados por Capella e Leopardi (1999) e contribuir com os meus, construídos durante a execução do projeto.

Com satisfação, percebia que as enfermeiras estavam, cada vez mais, unidas e fortalecidas. Sempre presentes aos encontros, explorando e trazendo contribuições.

### 5.3.3 – O quinto encontro: **identificação das dificuldades e das facilidades no trabalho da enfermeira perante o doente traumatizado grave.**

Esse encontro tinha por objetivo:

- possibilitar o diálogo e as reflexões sobre o que dificulta e o que facilita o desempenho das enfermeiras perante o doente traumatizado grave.

A fim de atender a este objetivo, solicitei às participantes que refletissem (anexos 5 e 6) sobre **as dificuldades e as facilidades específicas, para o desenvolvimento do seu trabalho junto ao doente traumatizado grave.** Os resultados foram compartilhados e discutidos pelo grupo.

Durante as discussões estabelecidas, observei que havia uma repetição das dificuldades já relacionadas anteriormente. Isso me levou a perceber que não há uma diferença muito grande entre as dificuldades que se manifestam no trabalho em geral e as que aparecem no trabalho junto ao doente traumatizado grave. Notei, no entanto que, ante a esse último, há uma exacerbação das dificuldades, visto ser um doente grave em risco de vida iminente, portanto, ele

necessita de um serviço organizado e de uma assistência eficiente e de qualidade.

As principais conclusões listadas pelo grupo, com relação às **dificuldades** encontradas, estão descritas, a seguir:

- falta de sistematização no atendimento e de rotinas do serviço;
- deficiência de pessoal nos serviços de apoio (Raios X e tomografia) – durante o noturno;
- força de trabalho insuficiente;
- falta de educação continuada, ou em serviço; necessidade de uma política institucional de inclusão dos novos funcionários;
- falta de materiais e alguns materiais (às vezes) de baixa qualidade;
- falta de equipamentos;
- falta de comunicação da transferência dos doentes para o pronto-atendimento;
- morosidade das unidades em liberar os leitos;
- área física inadequada e superlotação;
- falta de humanização no atendimento ao doente e ao familiar dele.

Ficou transparente, durante as discussões, a preocupação das enfermeiras com a relação à humanização no atendimento prestado ao doente traumatizado grave e em fornecer maior atenção aos familiares. Isso denota o quanto elas estão inquietas e sensibilizadas para repensar algumas atitudes, a fim de propiciar um atendimento mais humanizado.

As mais variadas situações foram trazidas e discutidas pelo grupo, mas destaco as seguintes reflexões:

*acho que a principal dificuldade é a falta de humanização no atendimento. Tudo bem, chega o paciente traumatizado, a gente atende, faz a parte técnica e tudo, mas a parte de atenção aos pacientes e aos familiares a gente acaba não fazendo. Não faz, porque chegam “n” pacientes que precisam ser atendidos. Com isso, o tempo passa e o familiar, por exemplo, fica esquecido (Esmeralda).*

*quando eu chego em casa, me deito, fico lembrando das condições de atendimento. Meu Deus! Se fosse eu que estivesse ali, toda destapada, com sondas, tubos (...) É uma agressão com ele (...) E os familiares: O senhor aguarda lá fora! E, lá, ele fica e fica (Rubi).*

*muitas vezes, a gente resolve o problema do doente grave e cria outro quando tira o que está mais "estável" da cama para colocar aquele mais grave (falta de leitos devido à superlotação). Isso nos faz sofrer (Topázio).*

Essas falas denunciam a realidade complicada dessa unidade. Além das emergências, a mesma equipe de trabalhadores precisa atender os outros doentes ali internados, acarretando saturação de atividades e uma carga de sofrimento muito grande, principalmente para a enfermeira. Essa saturação é um dos motivos, segundo as enfermeiras, que leva à desumanização no atendimento tanto ao doente quanto ao seu familiar.

Rogers, Osborn e Pousada (1992, p.122) entendem que o trauma é uma "situação de crise tanto para o paciente quanto para sua família. Separação, dor, impotência e falta de informações, além dos procedimentos de exame e diagnóstico, compõem, ainda, o impacto emocional do ferimento(...)" e abordam algumas estratégias importantes que, ao serem executadas pelas enfermeiras, podem contribuir para amenizar esta situação:

*(...) a comunicação da enfermeira com o paciente e sua família pode ajudar a diminuir os efeitos psicológicos do trauma. (...) A partir do momento em que o paciente entra na emergência, fale com ele como uma pessoa, não como "um ferimento". O oferecimento de medidas para sua tranquilização, segurar sua mão, chamá-lo pelo nome e mantê-lo coberto e aquecido são todas as providências que apresentam um efeito benéfico. Mantenha o paciente informado acerca dos procedimentos a serem realizados. Mantenha a família atualizada sobre a condição do paciente, e tente prepará-los para o grau dos ferimentos do paciente. Providencie para que a família veja o paciente, mesmo que por alguns instantes, tão logo a situação permita (p.122).*

A humanização do atendimento pode ser pensada e executada, como mostram os autores anteriormente citados, a partir de pequenos gestos e atitudes, que não demandam muito tempo e são fáceis de serem implementados no cotidiano de trabalho da enfermeira.

Neste encontro, apareceu, também, com evidência, o sentimento de tristeza das enfermeiras do pronto-atendimento em relação a alguns colegas de outras unidades. Ficou marcada a demora da liberação dos leitos nas unidades

de internação e a falta de compreensão dos enfermeiros dessas unidades sobre a complexidade do trabalho realizado no pronto-atendimento. Este fato faz emergir, novamente, a reflexão de que o trabalho da enfermagem é coletivo (CAPELLA e LEOPARDI, 1999). É necessário lembrar que o coletivo não está restrito a cada unidade, portanto, não deve ser pensado separadamente. O trabalho da enfermagem enquanto trabalho coletivo, deve ser pensado institucionalmente. Cada um fazendo a sua parte, mas colaborando com o trabalho do outro.

*Um dia, ao pedir a uma colega de outra unidade se não dava para agilizar a limpeza dos leitos na unidade dela, para que eu pudesse encaminhar mais cedo os pacientes para o andar e poder organizar melhor a emergência, ela me disse que, já que o meu serviço era desorganizado, primeiro elas organizavam o delas, que era organizado, para depois eu organizar o meu(...) (Esmeralda).*

*Têm colegas das unidades que falam de nós, nos criticam aos montes. É uma tristeza..., mas elas não vêem o que a gente faz lá dentro. Além de fazer o que elas fazem, atendemos toda a demanda que chega da rua (...) (Esmeralda).*

*(...) tudo passa pelo pronto-atendimento. Só que esta porta de entrada não é valorizada. Quando eles recebem o paciente na unidade, nós prestamos o primeiro atendimento (...) De nada adiantaria mandarmos um paciente para o CTI, por exemplo, se não tivéssemos tido, no PA, um manejo adequado(...) (Rubi).*

Ao falar em manejo adequado, o grupo foi questionado se existia diferença entre receber um doente infartado, por exemplo, e receber um doente traumatizado grave. As participantes foram unânimes em responder que:

*(...) o traumatizado grave é mais complexo. Enquanto no infartado se sabe onde está o foco a ser tratado, no traumatizado o foco pode estar em vários locais, os quais, na maioria das vezes, não estão bem definidos. A equipe tem que fazer a identificação e o tratamento num curto espaço de tempo para evitar danos maiores.*

Outra questão levantada, para esse mesmo exemplo, foi se conforme o tipo de caso havia também mudança na questão do comportamento, das sensações e sentimentos da equipe. Neste sentido, Esmeralda enfatizou que:

*muda bastante, porque a gente tem que agilizar e mobilizar mais coisas. Quando o doente é traumatizado, geralmente, o número de óbitos é maior. Além de ter a questão da exposição a sangue, deformidades físicas e acontecer com pessoas de qualquer idade.*

Topázio complementou lembrando a importância da visão de conjunto, do senso de observação e, ainda de que o profissional que trabalha na emergência tem que gostar e ter perfil para trabalhar nessa unidade:

*o profissional tem que ter uma observação e uma visão de conjunto muito aguçada para até antever o que poderá acontecer... Na área de traumatizado grave, a equipe que atua tem que ter uma afinidade muito grande com o serviço, não pode ser uma atividade imposta, porque se corre o risco de não desempenhar bem o trabalho, ou até de atrapalhá-lo.*

Dentro dessa perspectiva e a partir das reflexões sobre as dificuldades na realização do trabalho, emergiu, no grupo, que a enfermeira tem o compromisso ético de manter a equipe atualizada por meio de um processo de formação continuada em serviço.

Ao término das reflexões sobre as dificuldades, o grupo foi estimulado a identificar **facilidades** no desenvolvimento das atividades, junto ao doente traumatizado grave. Por intermédio do diálogo problematizador, foram identificadas algumas facilidades:

- a equipe de enfermagem, no atendimento ao doente traumatizado grave, é unida, trabalha junto e não mede esforços.
- em se tratando de um doente grave, há maior mobilização por parte de todos, para que ele seja transferido o mais rapidamente possível para uma das unidade de internação;
- a instituição oferece praticamente todos os serviços para um atendimento completo (Rx, tomografia computadorizada, laboratório, banco de sangue, bloco cirúrgico, centro de terapia intensiva).

Ao final do encontro, foram realizados momentos de relaxamento e descontração com música ambiental.

#### 5.4 - FASE D: **O caminhar para a (re)organização do trabalho da enfermeira**

##### 5.4.1 – O sexto encontro: **identificação das possibilidades.**

A Fase D foi desenvolvida no sexto encontro, que teve por objetivo:

- possibilitar ao grupo, por meio da análise crítica sobre o apreendido até momento, adotar ações de manutenção, de reparação

e de encaminhamento com vistas às possibilidades de enfrentamento visualizadas.

Para atingir esse objetivo, a discussão foi encaminhada a partir das reflexões realizadas anteriormente, envolvendo a tomada de consciência das enfermeiras sobre o seu trabalho, a visualização de possibilidades de rompimento com as dificuldades diagnosticadas e a negociação do que seria mantido, reparado e encaminhado.

Acredito que, por meio do processo reflexivo desenvolvido, dialogando como sujeitos construtores da história, conseguimos refletir sobre nós mesmos, nosso grupo e a realidade de trabalho em que estamos inseridos.

Kirchhof (1999, p.161), ao abordar carências e finalidades no projeto de humanização da saúde, traz como argumento principal “a necessidade de humanização do ser humano para a humanização de suas práticas”. A mesma autora afirma ainda que

juntamente com o processo de hominização (passagem do pré-homem a homem) ocorre o processo de humanização (produção de cultura) através daquilo que faz o ser humano **humanizado**, essencialmente ético, por ser o único capaz de refletir sobre seus propósitos e sobre suas ações e eleger valores e projetos por meio da consciência (p.161).

A formação da consciência é um processo complexo, resultado de uma gama de fatores que, segundo Wedhausen e Assunção (s.d.)

só é possível a partir da interação homem/mundo e que se estende para além dos aspectos cognitivos, determinando e sendo determinada por inúmeros fatores, práticas, saberes, dentre os quais o trabalho figura como um dos mais importantes(...) (p. 16).

Assim, é fundamental que o refletir e o agir se tornem elementos imprescindíveis na (re)criação de nossa prática cotidiana, de forma a nos tornarmos mais humanos para nós mesmos e para aqueles a quem assistimos. Sem esquecer de entender o trabalho como possibilidade de liberdade (não alienado), que torna o trabalhador mais humano e, como tal, capaz de (re)construir a prática cotidiana a partir de finalidades por ele construída.

Dentro dessa compreensão, com relação às **possibilidades de rompimento com as dificuldades**, as enfermeiras se manifestaram da seguinte forma, no que diz respeito a:

- Dar ciência à direção das nossas dificuldades:

*acho que uma forma de tentarmos resolver algumas dificuldades é fazer aqueles encaminhamentos que tinham sido sugeridos na apresentação da proposta (...) dizer o que não está bom e até fazer algumas sugestões (...)(Topázio).*

- Fortificar a união do grupo:

*bom, a realidade do ambiente físico, neste momento, não podemos mudar, mas o pronto-socorro já está sendo construído. Equipamentos, a gente pede, pede, pede...e, às vezes, ganha. Eu acho que a forma de rompermos com algumas dificuldades, neste momento, seria nós mesmas nos ajudarmos no sentido de favorecer ou facilitar o serviço da outra. Manter esta união que estabelecemos aqui nestes encontros (...).nos reunirmos mais, propormos em conjunto as alterações necessárias (...)(Esmeralda).*

- Formar um grupo de estudos:

*outra forma que eu acho de rompermos com várias dificuldades, em nível da união do grupo e de melhorar/dividir conhecimentos, é formarmos um grupo de estudos no pronto-atendimento com toda a equipe de enfermagem. Fazer dinâmicas, cativar os profissionais para que gostem e participem dos encontros (Rubi).*

A partir dessa fala, surgiram idéias de como agilizar a proposta do grupo de estudos: realizar reuniões uma vez por mês, dentro ou fora do local de trabalho, com participação espontânea dos profissionais; discutir temas diversos (estudo de caso, relações interpessoais, motivação, atendimento à emergência, humanização, entre outros); fazer confraternização dos aniversariantes do mês, entre outras sugestões.

Durante toda a discussão, ficou evidente uma preocupação muito grande por parte do grupo com relação ao Pronto-Socorro Regional, que está sendo construído e será a nova sede do pronto-atendimento. As enfermeiras comungam do pensamento de que a organização do trabalho deve iniciar desde agora, que a equipe multiprofissional deve pleitear, junto à direção, todas as condições necessárias para o desenvolvimento das atividades assistenciais junto à clientela atendida.

Na fala de Topázio, aparece claramente a necessidade de união e de posicionamento da equipe multiprofissional, diante do que se impõe:

*com o pronto-socorro novo, nós temos perspectivas bem melhores de trabalho. Acho que poderíamos fazer alguma coisa com relação à*

*organização do trabalho desde agora, como, por exemplo, a implementação de rotinas no serviço... A estruturação do serviço e a sensibilização do grupo deve começar logo e não esperar para quando o PS estiver pronto. Até porque, as coisas não acontecem do dia para a noite... esse é o momento em que a equipe de trabalho, tanto médica quanto de enfermagem, pode conquistar muitas coisas boas para o nosso serviço. Podemos permitir ou não o funcionamento do novo PS. E, não aquela coisa: vamos começar, depois se ajeita... Agora é o momento de dizer: Tem condições? Ótimo. Não tem condições? Não se iniciam as atividades na nova estrutura (Topázio).*

Outra questão marcante é que o grupo não está pensando somente na estrutura física e nos recursos tecnológicos de primeira linha, que a nova unidade terá. Há uma importante inquietação com relação à capacitação dos profissionais admitidos. Tal preocupação é retratada nas seguintes falas:

*como vai ser a contratação dos profissionais? Quando vai ser? As pessoas que vão trabalhar ali, se não têm experiência, têm que ser capacitadas para trabalhar na emergência! Não é só fazer um concurso e colocá-las para trabalhar(...) (Cristal).*

*acho que só teremos melhores condições de trabalho se deixarmos bem claro para a direção o que é importante, além das questões físicas/estruturais, tanto para a medicina quanto para a enfermagem, para se desenvolver um bom trabalho (Topázio).*

A tomada de consciência da realidade de trabalho é condição necessária para a transformação dele. Se, com ela, todos os esforços para humanizar o nosso cotidiano de trabalho corre risco de falhar, sem ela os riscos aumentam consideravelmente.

Com base nas reflexões sobre o trabalho da enfermeira na unidade de emergência perante o doente traumatizado grave e nas possibilidades visualizadas, partiu-se para a negociação quanto ao que seria **mantido, reparado e encaminhado**, referente aos elementos do processo de trabalho em enfermagem, quais sejam: finalidade, objeto, instrumentos e força de trabalho. Cabe, neste momento, ressaltar que, apesar de termos trabalhado cada elemento separadamente, todos estão interligados. Isto é, os elementos são imbricados de tal forma que, à medida que há melhoria num, precisamente, há avanços nos outros, ou ao contrário.

Neste sentido, o grupo compreendeu que o processo de mudanças é amplo e complexo, ou seja, para que haja as transformações almejadas, muitas ações dependem do interesse dos trabalhadores em implementá-las, assim como

outras dependem da vontade, compromisso e poder de decisão dos diretores institucionais.

É importante observar que as enfermeiras perceberam a necessidade de (re)criação da prática assistencial. De todos os elementos enfocados do processo de trabalho em enfermagem, elas avistam a possibilidade de conseguir apenas maior número de trabalhadores e melhores condições de trabalho (física e instrumentais), ainda a médio prazo, quando do término da construção do Pronto-Socorro Regional. Nos demais elementos, vêem a possibilidade de iniciar, desde já, as transformações na assistência.

Com a finalidade de melhor observar os elementos do processo de trabalho e as ações executadas pelo grupo, organizei-os dentro dos quadros, que serão apresentados a seguir.

Para o elemento – **finalidade do trabalho** – o grupo percebeu a necessidade e a possibilidade de (re)criação de sua prática assistencial.

A percepção das enfermeiras de que não mais satisfaz somente dar um primeiro atendimento eficiente ao doente, que, além disso, é preciso também humanizar esse atendimento, dar acompanhamento aos familiares e capacitar continuamente a equipe de trabalho, denota um avanço no processo de desalienação. Na figura, a seguir, está descrita a produção do grupo:

ACÇÕES	ELEMENTO	FINALIDADE DO TRABALHO
<b>MANUTENÇÃO</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prestar uma assistência de qualidade ao doente traumatizado grave, a fim de satisfazer as necessidades iminentes impostas pelo(s) traumatismo(s), mantendo-o isento de iatrogenias.</li> </ul>
<b>REPARAÇÃO</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover uma assistência de enfermagem sistematizada.</li> <li>• Após o primeiro atendimento ao doente, dar acompanhamento ao familiar dele.</li> <li>• Proporcionar ao doente traumatizado grave uma assistência de enfermagem mais humanizada.</li> <li>• Manter educação continuada ou em serviço, junto à equipe de enfermagem da unidade de emergência.</li> </ul>
<b>ENCAMINHAMENTO</b>		O grupo definiu que todas as ações encaminhadas, para satisfazer os outros elementos, contribuem para melhorar a assistência prestada ao doente traumatizado grave.

Fonte: Magnago (2001, p. 128).

**Figura 16** – Ações de manutenção, de reparação e de encaminhamento observadas pelas enfermeiras ante o elemento – Finalidade do trabalho.

Para o elemento - **objeto de trabalho** – o grupo mantém a afirmativa que seu grande objeto é o doente traumatizado grave, no sentido de assisti-lo diretamente, porém a partir das discussões feitas passa a entender que a organização do trabalho não o afasta do doente e sim qualifica a assistência prestada. Constitui, por conseguinte, também, a equipe, como objeto, pois percebe a necessidade e o compromisso ético da enfermeira em manter o aprimoramento dos conhecimentos da equipe, por meio da educação continuada ou em serviço.

AÇÕES	ELEMENTO	OBJETO DE TRABALHO
MANUTENÇÃO		<ul style="list-style-type: none"> <li>Doente traumatizado grave (assistência direta).</li> </ul>
REPARAÇÃO		<ul style="list-style-type: none"> <li>Observação da organização do trabalho na unidade (assistência indireta).</li> <li>Constituição da equipe de enfermagem.</li> </ul>
ENCAMINHAMENTO		<ul style="list-style-type: none"> <li>Elaboração de um projeto, para formação de um grupo de estudos e pesquisas, envolvendo a equipe de enfermagem. O projeto será encaminhado ao Serviço de Ensino e Pesquisa e ao Serviço de Educação Continuada do HUSM.</li> </ul>

Fonte: Magnago (2001, p. 129).

**Figura 17** – Ações de manutenção, de reparação e de encaminhamento instituídas pelas enfermeiras ante o elemento – Objeto de Trabalho.

O elemento – **força de trabalho** – foi considerado pelo grupo como relevante e imprescindível, no que tange tanto ao cuidado ofertado ao doente quanto na organização do trabalho, em uma perspectiva de oferecer uma assistência humanizada, qualificada e para manter equilibrada a saúde do trabalhador.

O grupo não referiu nenhuma ação de manutenção e se manifestou com unanimidade em relação à premência de que assumam dois enfermeiros por turno de trabalho e que sejam equipes distintas para cada área de atendimento na unidade. Até que isso seja efetivado, as enfermeiras ponderam a possibilidade de determinar um técnico de enfermagem para desenvolver atividades (verificação dos sinais vitais, administração de medicamentos, troca de pequenos curativos, higiene corporal e conforto) junto aos doentes mais graves.

A Lei do Exercício Profissional (LEP), já citada anteriormente, determina que a assistência ao doente crítico deva ser prestada pelo enfermeiro. No caso dessa unidade, no período em que foi realizado este estudo, havia somente uma

enfermeira. É humano, profissional e eticamente impossível dar conta de atender a todos aos preceitos tanto os do Código de Ética quanto os da LEP. Pires (1998) relata que nem todos os hospitais brasileiros possuem enfermeiros em todas as unidades durante as 24 horas. Muitos deles adotam um sistema de supervisão, no qual o enfermeiro é chamado pelo auxiliar ou técnico de enfermagem quando necessário, ou seja, a unidade fica, a maior parte do tempo, sob a responsabilidade direta ou do auxiliar, ou do técnico.

Na instituição deste estudo, esse fato não acontece, pois possui enfermeiros em todas as unidades durante as 24 horas. Na unidade de emergência, no entanto, a presença de uma enfermeira por turno é insuficiente. Diante do fato de ser uma instituição pública, na qual a contratação de pessoal depende de concurso público, as enfermeiras optam, em alguns momentos, por delegar ao técnico de enfermagem o desenvolvimento de alguns cuidados junto ao doente crítico, não o envolvendo, portanto, nas demais atividades da unidade. Essa medida possibilita a promoção de cuidados mais freqüentes, a rápida identificação de alterações no quadro clínico, a comunicação e a intervenção imediata dos profissionais responsáveis (médico, equipe de enfermagem) sobre as alterações observadas.

Outra questão enfocada pelo grupo foi o fato da inexistência de um programa institucional de inclusão de novos funcionários. A organização de um programa de inclusão diminuiria o estresse, muito freqüente no período de adaptação do profissional ao novo local de trabalho.

A figura, a seguir, focaliza as questões levantadas no grupo:

AÇÕES	ELEMENTO	FORÇA DE TRABALHO
<b>MANUTENÇÃO</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não foram evidenciadas ações de manutenção.</li> </ul>
<b>REPARAÇÃO</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dentro do contexto da unidade e da escala de serviço, determinar um técnico de enfermagem para desenvolver cuidados básicos aos doentes mais graves (delegar cuidados que podem ser executados pelo técnico, como: sinais vitais, curativos pequenos, higiene e conforto corporal, administração de medicamentos, entre outros), não o envolvendo nas demais atividades com os outros doentes internados.</li> <li>• Encontros mensais com a equipe de enfermagem.</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaboração de um documento, à Direção de Enfermagem, informando:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- da necessidade, no Pronto-Socorro Regional, de haver</li> </ul> </li> </ul>

<b>ENCAMINHAMENTO</b>	<p>equipes distintas para a emergência pediátrica e para a de adultos, e, também, para os doentes em observação. Sugerindo seguir o cálculo de pessoal conforme estudo de redimensionamento de pessoal elaborado por Prochnow e Chagas (1999);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- da importância, nesse pronto-atendimento, de contar, na escala de serviço, com dois enfermeiros por turno;</li> <li>- da necessidade de um programa de inclusão do profissional na instituição e na unidade em que vai trabalhar, ao ser admitido;</li> <li>- da importância de contar com um secretário durante as 24 horas de atendimento. Até que isso aconteça, após às 22 horas, poderia ser remanejado, para a unidade de emergência um dos secretários que ficam na recepção do pronto-atendimento.</li> </ul>
-----------------------	---

Fonte: Magnago (2001, p.130).

**Figura 18** – Ações de manutenção, de reparação e de encaminhamento observadas pelas enfermeiras ante o elemento – Força de Trabalho.

Quanto ao elemento – **Instrumentos de trabalho** – o grupo entendeu que é necessário aprimorar diversas coisas. Dentre elas, percebeu, como prioridade, a adoção de uma metodologia de atendimento ao doente traumatizado grave, junto com toda a equipe de saúde da emergência, como transparece na seguinte declaração de Rubi:

*temos que adotar uma metodologia que comungue com os outros profissionais, para falarmos a mesma linguagem (...) criar também um instrumento onde possamos fazer o máximo de anotações. Isso vai, além de nos respaldar legalmente, conferir maior respeito, pois tudo o que se precisar saber do paciente estará ali anotado (...) Poderíamos montar este instrumento e testá-lo ainda neste pronto-atendimento, adequando o que for preciso. Desta forma, estaríamos mais organizados para quando nos mudarmos para o pronto-socorro novo.*

Há uma concordância, entre as enfermeiras, de que é possível agilizar alguns procedimentos, como se evidencia na declaração de Esmeralda:

*os sinais vitais dos pacientes da emergência têm que ser vistos com mais freqüência e isso já podemos agilizar (...).*

E uma intenção de encontrar estratégias para solucionar problemas que poderão surgir quando forem solicitadas equipes distintas para o pronto-socorro. Isto se explicita nas afirmações de Topázio:

*ao formarmos equipes de atendimento para as diversas áreas do pronto socorro, na sala de emergência, poderá haver momentos sem atendimento. O grupo ficaria ocioso nestes períodos. Poderíamos criar estratégias de mobilização desse grupo como, por exemplo, estudo de casos, leituras, enfim, podemos pensar em várias coisas. Podemos fazer*

*rodízios entre as equipes para cada um ter a possibilidade de atuar e estar preparado para todos os setores.*

A partir das discussões estabelecidas no grupo, pude perceber não só uma postura madura e ética nas enfermeiras, como também o compromisso em buscar soluções para os problemas levantados durante os encontros. Elas próprias se mostraram imbuídas em buscar soluções, não assumindo o papel de mártires, mas descobrindo, no grupo, que é possível construir coletivamente estratégias de ação, para uma realidade problemática como é o cotidiano do trabalho de cada uma.

Na figura 19, estão destacadas as considerações do grupo quanto às ações de manutenção, de reparação e de encaminhamentos relacionados aos instrumentos de trabalho:

AÇÕES	ELEMENTO	INSTRUMENTO DE TRABALHO
MANUTENÇÃO		<ul style="list-style-type: none"> <li>Ficam mantidos todos aqueles que a enfermeira já está utilizando, dentro de suas atividades privativas.</li> </ul>
REPARAÇÃO		<p><b>1 – Conhecimento técnico-científico:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Educação continuada ou em serviço com a equipe de enfermagem.</li> <li>Assistência de enfermagem pautada em uma metodologia de trabalho como, por exemplo, a proposta apresentada pelo curso MAST, por ser essa uma metodologia comprovadamente eficaz e eficiente. Também por essa proposta vir ao encontro dos preceitos do ATLS, que são universalmente aceitos e seguidos pelos médicos. Desse modo a equipe falaria a mesma linguagem durante o atendimento.</li> </ul> <p><b>2 – Operacionalização Técnica:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Elaboração de protocolos de atendimento e sistematização da assistência.</li> <li>Elaboração de um instrumento de registro de enfermagem específico para o pronto-atendimento, de forma a agilizar e conter o maior número de informações do atendimento prestado.</li> <li>Estabelecimento de rotinas quanto ao controle dos sinais vitais na sala de emergência.</li> <li>Coleta de sangue para exames de laboratório da própria punção venosa, antes de instalar a solução prescrita.</li> </ul> <p><b>3 – Local de trabalho:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Estabelecimento de rotinas quanto à recepção dos doentes que serão conduzidos à sala de emergência. Por exemplo, a equipe de enfermagem recebe o doente na ambulância. Caso não tenha maca para transporte, a enfermeira se encaminha até a ambulância e orienta a transferência, na própria maca da ambulância, até a sala de emergência.</li> <li>Estabelecimento de rotinas para a revisão da sala de emergência.</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Documento à Direção de Enfermagem:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Explicando a importância de as enfermeiras participarem do</li> </ul> </li> </ul>

<b>ENCAMINHAMENTO</b>	<p>Curso de Manobras Avançadas no Suporte ao trauma – MAST;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Informando da necessidade de maior número de pessoal nos serviços de apoio, principalmente a unidade de Rx/TC, no período do noturno, feriados e finais de semana;</li> <li>- Listando os materiais e os equipamentos inexistentes, porém necessários para o atendimento dos doentes na sala de emergência;</li> <li>- ressaltando a necessidade de encaminhar ofício ao presidente do Consórcio Intermunicipal de Saúde e aos secretários de saúde dos municípios envolvidos no consórcio, sobre a importância do contato telefônico prévio quando do encaminhamento de doentes ao serviço de emergência.</li> </ul>
-----------------------	--

Fonte: Magnago (2001, p.132).

**Figura 19** – Ações de manutenção, de reparação e de encaminhamento observadas pelas enfermeiras ante ao elemento – Instrumentos de Trabalho.

Durante as discussões e reflexões realizadas neste encontro, somada às realizadas anteriormente, o grupo conscientizou-se da importância da reorganização do trabalho e de iniciá-la o mais brevemente possível. Isto pode ser concretizado por meio do diálogo com os demais trabalhadores de saúde; pelo aprimoramento técnico-científico da equipe de saúde e por meio de estratégias para a estruturação do atendimento, desde já.

Das ações citadas pelas enfermeiras, nos quadros acima, destaco algumas que, ao meu ver, são possíveis de serem implementadas, ainda nesse pronto-atendimento:

- formação do grupo de estudos e pesquisas;
- sistematização do atendimento na sala de emergência e criação de protocolos de atendimento;
- estabelecimento de rotinas quanto ao recebimento dos doentes;
- capacitação da equipe, secretários, porteiros e recepcionistas.

Neste encontro, foi escrita no quadro negro a frase **“Sonho que se sonha só é apenas um sonho, mas sonho que se sonha junto pode se tornar realidade”**. A fim de interpretar essa frase, manter a motivação do grupo e destacar que, quando queremos, os sonhos podem ser concretizados, fiz a leitura da história infantil **“A centopéia que sonhava”** de Herbert de Souza.

De uma forma geral, a história mostra que sozinhos podemos muito pouco, mas com ajuda e ajudando os outros podemos realizar muitos dos nossos

sonhos; pois, as limitações de um, podem ser as possibilidades de ajuda do outro para a materialização do que se quer.

Disso decorre, que, quando se trabalha em grupo, podemos compartilhar muitas coisas e obter grandes vitórias.

Nessa perspectiva, percebi, no transcorrer do processo reflexivo, que estávamos muito mais unidas e comungando do mesmo ideal. Isto melhorou nosso trabalho em todos os sentidos. Sentindo-me muito feliz por termos dado este passo inicial, compartilhei com o grupo os ganhos que obtive durante os encontros:

*hoje eu me considero uma pessoa diferente e com muito mais forças para contribuir nessas mudanças que todas almejamos. Não sou eu, nem vocês. Hoje, somos nós. Um grupo com muita força de vontade de crescer e de aprimorar cada vez mais as relações e lutar por melhores condições de trabalho. Com certeza, chegaremos a algumas transformações na nossa prática profissional. Isso se deve ao esforço, responsabilidade e compromisso que tiveram comigo e com o trabalho que propus (...).*

Entreguei, a seguir, a cada participante uma rosa contendo a seguinte mensagem:

**“Toda a vitória e progresso humano tem, como ponto de partida, a força de vontade de cada um. Você é especial, sua presença e reflexões foram muito importantes nesses encontros.  
Muito Obrigada!”**

As ações de encaminhamento resultaram na elaboração de um documento (anexo 9), que foi encaminhado à Direção de Enfermagem do hospital estudo.

### 5.5 – FASE E: **Avaliação do processo crítico-reflexivo**

Ao finalizar o sexto encontro, distribuí às participantes um questionário correspondente à Fase E, a ser respondido individualmente, sobre o que representou a cada uma a experiência vivida durante os encontros.

Inicialmente, havia previsto realizar uma discussão a partir das respostas obtidas, mas devido ao pouco tempo que restava, não foi possível realizar o debate.

Posteriormente, ao analisar as respostas, muitos aspectos importantes emergiram. Dentre eles, destaco os que se apresentaram com maior ênfase no que diz respeito:

- **ao significado da experiência vivida no grupo:**

*(...) um momento muito importante, onde foi possível vivenciarmos situações de nosso trabalho, colocando em discussão e procurando soluções para inúmeros problemas (...)* (Esmeralda).

*oportunidade de melhor entrosamento entre as enfermeiras (...)* (Cristal e Topázio).

*essencial para a melhoria no atendimento, pois somos uma equipe "time". E, todos em um time precisam se sentir importantes para o grupo* (Rubi).

- **ao que mais chamou a atenção, nessa experiência:**

*união das enfermeiras (...)* (Topázio).

*o desejo, a necessidade que temos de melhorar o nosso serviço, de ver as dificuldades pelo menos diminuídas* (Esmeralda).

*através das reuniões, percebi que temos as mesmas dificuldades e metas. Só precisamos nos unir (...)* Um momento de parada para refletir, pois, muitas vezes, não paramos para pensar (Rubi).

*o coleguismo (...)* (Cristal).

- **a possibilidade de aprimoramento e desenvolvimento das competências pessoais e profissionais:**

*dessa forma, podemos pensar, questionar, buscar novas idéias de como aprimorar o nosso serviço, que, sem essa oportunidade, talvez passasse despercebido* (Esmeralda).

*despertou a motivação em colaborar com as mudanças (...)* (Cristal).

*os encontros foram de extrema importância, não somente pela reflexão que fiz sobre mim, mas também para a equipe de enfermeiras do PA, pois ficamos mais unidas e com um objetivo em comum: melhoria no atendimento ao doente traumatizado grave...me estimulou a melhorar, refletir e fazer diferente. Através das reuniões e reflexões, comecei a agir de maneira diferente e de encarar o atendimento com outros olhos* (Rubi).

Com relação a dar continuidade às atividades iniciadas no grupo, todas as enfermeiras consideraram muito importante e sugeriram algumas modalidades, aqui expressas na fala de Topázio:

*considero muito importante dar continuidade a esse processo, que poderia ser dinamizado com a elaboração de um cronograma de atividades, promovendo encontros com a equipe de enfermagem (...)com assuntos de interesse do grupo. Cada encontro poderia ser coordenado por um dos enfermeiros da equipe (...).*

Além desses aspectos, o grupo considerou que a metodologia utilizada nos encontros também proporcionou:

- melhorar o conhecimento de si e do outro;
- tomar consciência da verdadeira dimensão do que representam, para cada uma, os problemas vividos no trabalho;
- oportunizar a adquirir novos conhecimentos para avançar rumo a um atendimento mais humanizado e qualificado;
- entender o modo de fazer o trabalho da enfermeira como um instrumento de trabalho que pode ser colocado em prática;
- participar de forma ativa nas atividades desenvolvidas.

## 6 CONCLUSÕES

Ao fazer uma breve pausa nessa importante caminhada, pude, assim como o grupo, perceber que uma enfermeira, individualmente, talvez pouco possa fazer para modificar o seu cotidiano. No entanto, quando em grupo, as conquistas são maiores.

Nessa compreensão, por vezes, a enfermeira da unidade de urgência e emergência, em sua necessidade de produzir para cumprir com a demanda a ela determinada, envolve-se na sua individualidade e deixa-se absorver pela exigência imediata do trabalho e não consegue, ou não pode desvencilhar-se desse envolvimento para refletir sobre sua participação no processo de trabalho. Fica restrita ao fato de produzir ações, sem se perceber parte do conjunto da produção em si, ou seja, desse processo de produção e reprodução, que envolve não só o fazer, mas também o refletir e o relacionar-se.

É pertinente salientar Trentini e Paim (1999, p.28, grifo autor) quando observam que “a prática assistencial de enfermagem necessita ser renovada e, para isso, precisa ir além do simples ‘fazer’... mas, para renovar, é preciso ‘aprender a fazer’ que, por sua vez, implica necessariamente ‘pensar o fazer’”.

Refletindo sobre esse *pensar* nosso fazer, quando do desenvolvimento do projeto para a Prática Assistencial, minha maior preocupação era a de construir um trabalho que auxiliasse no repensar o cotidiano da assistência de enfermagem, na unidade de pronto-atendimento.

A partir dessa reflexão, meu foco central de estudo foi desenvolver um processo crítico-reflexivo sobre o trabalho da enfermeira perante o doente traumatizado grave.

A minha expectativa era de que, ao final dos encontros, tivéssemos plenamente construído um “modo de fazer” da enfermeira ante o doente. Percebi, no entanto, que a necessidade maior das enfermeiras era a de discutir o processo de trabalho sob uma perspectiva ampla, tendo em vista que os doentes graves, pela sua situação, são prioridade, já que todos os esforços são direcionados para atender as necessidades impostas pelos traumas desse doente, quer a unidade esteja superlotada quer não.

Como mencionado anteriormente, foi necessário adaptar as etapas metodológicas de Capella e Leopardi (1999) a este estudo proposto. Foram dias de muita expectativa e leitura, resultando na proposta, conforme consta na página 51, desenvolvida no decorrer dos encontros. Apesar de correr determinados riscos, elaborei tal proposta, fundamentada nos pressupostos, nos conceitos e nas etapas metodológicas da teoria e aliada aos meus pressupostos e conceitos, o que me facilitou o planejamento e a organização do processo reflexivo.

Ao falar em planejamento e organização, surgem as dificuldades encontradas no transcorrer dos encontros. Dentre elas, pontuo principalmente:

- a falta de experiência de ser animadora de trabalhos com grupos;
- a dificuldade de visualizar somente o trabalho da enfermeira, tendo em vista que, na sala de emergência, no atendimento ao doente traumatizado grave, é imprescindível o trabalho interdisciplinar;
- a observação do trabalho da enfermeira ante o doente grave, sob as condições de trabalho relatadas anteriormente, sendo eu trabalhadora dessa unidade, onde, pela gravidade dos doentes e o número insuficiente de pessoal de enfermagem, senti-me no compromisso de auxiliar no atendimento.

Acredito que os objetivos propostos, neste estudo, ajudaram a iniciar uma caminhada coletiva em busca da transformação das condições de trabalho, a fim de ter mais qualidade, tanto no trabalho quanto na assistência prestada à clientela.

As conseqüências desta reflexão já estão trazendo mudanças na prática profissional da enfermagem e, talvez, da equipe de saúde, pois a complexidade dos problemas existentes na unidade exige, cada vez mais, um trabalho cooperativo. Muitas das situações de insatisfação relacionadas pelas enfermeiras podem ser transformadas pelas suas próprias ações, enquanto grupo e enquanto profissionais que se relacionam com os seus pares e com os demais trabalhadores de saúde.

Este foi um trabalho árduo, para o qual, em alguns momentos, precisei “tirar o jaleco”, a fim de lançar um olhar agudo e analisar algumas situações com outro olhar, com o de pesquisadora e não somente com o de trabalhadora dessa unidade.

Muitas vezes, o mais cômodo é dizer que não são tomadas determinadas condutas, porque faltam condições de trabalho. No entanto, quando acontece uma parada para reflexão, surge a surpresa de que algumas condutas nascem simplesmente do empenho, da vontade, da aderência, da parceria; do trabalhar mais coletivamente e do pensar mais estrategicamente.

As condições de trabalho impõem, é claro, restrições à integralização da assistência, conforme preconizada; principalmente, no que diz respeito à falta de pessoal. E tal falta tem sido um problema estrutural crônico nas instituições públicas de saúde. No entanto, é necessária também uma mudança de cultura por parte dos gerentes, dos trabalhadores e das pessoas que necessitam dos serviços de saúde, pois não se pode trabalhar sempre com o limite, o limite do suportado pelo outro, ou seja, se existe um doente internado, hoje, tendo como leito uma cadeira é por que os gestores permitem que isso aconteça, os trabalhadores compactuam com este fato e os usuários se submetem a essa situação.

Nesse sentido, a transformação da prática profissional não acontece solitariamente, pois corresponde a uma caminhada em que há encontros, caminhos comuns, auxílios e responsabilidades que são compartilhados no decorrer do desenvolvimento de cada ação, dentro de possibilidades e, também, de limites.

E para viver o presente, construindo o futuro, Leopardi (1999c) lembra que é necessário reconhecer os limites, capacitar-se diante deles e pensar em soluções coletivas para os problemas, por meio de atitudes como:

reconhecimento do que é possível fazer; ordenação de prioridades; busca de ajuda para coisas que podem ser feitas depois ou por outras pessoas; construção de espaços para planejar e adoção de uma metodologia adequada à sua capacidade (p. 53).

Percebo que as enfermeiras estão sensibilizadas de que esse é o caminho e, acima de tudo, estão motivadas e comprometidas, num esforço coletivo com a humanização do cotidiano de trabalho. Isso ficou evidente, no decorrer do processo reflexivo, quando elas perceberam a si mesmas como seres humanos em constantes relações com outros e com o ambiente, quando influenciaram e sofreram influências em suas atitudes e comportamentos.

Durante o desenvolvimento desse processo, penso que houve uma evolução na forma de compreender o trabalho da enfermeira: inicialmente, ocorria mais a menção da valorização da assistência e, com a progressão, as enfermeiras ampliaram também para a valorização do seu trabalho.

Em outras palavras, foi possível observar que elas estão preocupadas com a assistência prestada, com as condições de trabalho e com a organização desse trabalho, de forma a caminhar em busca de um fazer mais humanizado, o que contribui para que as situações súbitas de risco de vida, atendidas, sejam mais uma oportunidade para a valorização do ser humano (doente traumatizado grave e trabalhador de enfermagem).

Posto isso, as reflexões sobre as ações de manutenção, de reparação e de encaminhamentos, que foram negociadas no grupo, no intuito de crescimento pessoal e profissional, subsidiaram a união em torno da dignidade do trabalhador no assistir e da necessidade de maior qualificação dessa assistência.

Destaco, aqui alguns comentários sobre:

- **O marco conceitual**

A Prática Assistencial, por constituir-se numa exigência do Curso de Mestrado, foi conduzida por meio de alguns parâmetros, dentre os quais a

aplicação de um marco teórico e os cuidados com relação aos aspectos éticos e educativos no desenvolvimento do trabalho. Esses proporcionaram um ponto de partida, um referencial fundamental para que eu pudesse construir esta experiência.

O marco conceitual utilizado, envolvendo a construção de um *processo de caminhar juntas*, por meio da reflexão crítica sobre o “modo de fazer” da – enfermeira na busca por uma assistência sistematizada, eficiente e de qualidade ao doente traumatizado grave –, exigiu um “ir e vir” constante entre teoria e prática. Por diversas vezes, enquanto estava fazendo a observação de campo, pude perceber a relevância de tal ação, visto que embora tivesse somente uma oportunidade de observação sobre a atuação da enfermeira na assistência ao doente, minha atuação na unidade contribuiu para que pudesse fazer este movimento de construção do conhecimento.

Posteriormente, no desenrolar dos encontros, percebi que, mesmo sendo uma única observação, foi fundamental; pois, dessa forma, pude compreender por que não conseguimos chegar a sistematização do atendimento. Precisamos, de certo modo, primeiro refletir sobre todo o contexto do trabalho da enfermeira na unidade de urgência e emergência, para, então, iniciarmos as reflexões mais específicas em torno da assistência ao doente traumatizado grave. Ou seja, na medida em que ia desenvolvendo o processo reflexivo, fui percebendo que, para atingir esse objetivo, eu precisava discutir não só sobre as dificuldades gerais do trabalho, como também sobre as relativas à Instituição e aos outros grupos ou serviços com os quais havia uma interrelação.

Ao longo da caminhada, em busca da construção do *processo de caminhar juntas*, como “pano de fundo”, utilizei a questão da problematização do cotidiano como desencadeadora das discussões.

As múltiplas reflexões realizadas com o grupo de enfermeiras permitiram o emergir de muitos dados que, em meu entender, serão capazes de contribuir para algumas transformações no cotidiano de trabalho na unidade de pronto-atendimento. Essas reflexões tiveram suporte nos conceitos da Teoria Sócio-humanista, principalmente, no que diz respeito ao processo de trabalho em

enfermagem e seus elementos, ou seja, o objeto, a finalidade, os instrumentos e a força de trabalho.

Ao estudar a teoria, ficou evidente que o enfoque preconizado pelas teóricas, era perfeitamente aplicável à unidade de emergência. Tendo em vista que a própria teoria destaca que os objetos de trabalho da enfermeira são *os corpos e a consciência dos indivíduos* e, também, *a organização do trabalho*, houve uma limitação para desenvolver a minha proposta. Ou seja, as etapas metodológicas propostas pela teoria estão direcionadas ao sujeito portador de carências de saúde; no entanto, para o desenvolvimento deste estudo, havia necessidade de uma seqüência metodológica voltada ao sujeito trabalhador direcionando as reflexões sobre a organização do trabalho da enfermeira.

Surgiu, daí, a primeira dificuldade, mas também um grande desafio: adequar as etapas metodológicas, de forma a contemplar a valorização do sujeito trabalhador e a organização do trabalho. Para isso, eu necessitava ver as minhas colegas como seres humanos, e não como profissionais apenas, como a rotina nos impõe. Identificar qual era o trabalho delas na unidade de emergência, quais eram as dificuldades para realizar tal trabalho e ainda identificar que possibilidades elas sugeriam para uma (re)criação da prática assistencial.

Acredito que, embora tenha adaptado a teoria a um objeto de estudo diferenciado, o trabalhador enfermeiro, não houve prejuízos, pois a compreensão do processo de trabalho e do sujeito trabalhador foi mais bem entendida por meio da teoria Sócio-humanista, e talvez possibilite novos olhares a tal teoria. Penso que a adaptação, feita ao trabalhador, pode ampliar o foco da teoria e fazer também desse personagem um importante objeto de estudo a ser contemplado.

Acredito que, no decorrer do processo reflexivo, avançamos no entendimento de que a enfermagem é uma “prática social cooperativa e coletiva” (CAPELLA e LEOPARDI, 1999, p. 153). Como profissionais atuantes, em sala de emergência, adotamos ações de manutenção, de continuidade da vida, e ações de reparação a tudo que se constitui obstáculo à vida (Capella e Leopardi, 1999) do doente traumatizado grave. Por outro lado, tomamos consciência e entendemos o doente, num segundo momento, como “sujeito das ações de

saúde” (Capella e Leopardi, 1999), a ele ministradas numa perspectiva de reconstrução de sua autonomia.

Por fim, lançando um olhar sobre os pressupostos e sobre os conceitos traçados para entender o que representou o *processo de caminhar juntas*, parto da idéia de que esse modo de compreender, tanto o trabalho da enfermeira quanto o sujeito-objeto da nossa prática não podem ser visto isoladamente, pois eles são interligados e interinfluenciáveis.

- **O processo reflexivo**

O processo reflexivo neste estudo pautou-se nos pressupostos de que “onde há vida, há inacabamento” (FREIRE, 1996, p.55), e mais, que “é pensando criticamente a prática de hoje e de ontem que se pode melhorar a próxima prática” (FREIRE, 1996, p. 44). Percebo as enfermeiras da unidade estudada como seres inconclusos em busca de novos conhecimentos e trocas, no intuito de melhorar as suas condições de trabalho e de assistência.

Nessa perspectiva, entendo que a ação educativa é essencial na enfermagem, pois gera possibilidade de crescimento, de desalienação, de tomada de consciência crítica, de desvelamento e de transformação do cotidiano.

Vale lembrar que o processo reflexivo foi trabalhado sob a perspectiva de Freire, ou seja, problematizador, conscientizador, reflexivo, crítico e participativo, respeitando os saberes das pessoas envolvidas, percebendo-as como sujeitos da construção e da reconstrução da realidade vivenciada.

Os critérios fundamentais, que permearam todo o desenvolvimento desse processo, foram o diálogo e a participação das enfermeiras, numa relação dialógica horizontal e participativa, a fim de favorecer as trocas de conhecimentos sobre a realidade que estava sendo problematizada. O processo ocorreu por intermédio do compartilhamento com o vivido e do caminhar juntas, resultando em crescimento individual e grupal, para uma assistência mais qualificada.

Acredito que, quanto mais o indivíduo se capacita e se relaciona com os outros, maior é seu compromisso de mudança. Segundo Freire (1980), o compromisso exige ação-reflexão e o situar-se na realidade, para atuar nela.

Resgatar esse compromisso foi o que procurei com o grupo de enfermeiras, pois observo que, na nossa unidade de trabalho, agimos, resolvemos os problemas que vão surgindo, sem perceber que somos o sujeito da ação, que somos construtores da realidade. Procurei também no desenvolvimento das atividades propostas, instigar o grupo a assumirem-se “como seres pensantes, comunicantes, transformadores, criadores e realizadores de sonhos” (FREIRE, 1996, p.46).

Por meio da observação do trabalho das enfermeiras perante o doente traumatizado grave e das próprias percepções das enfermeiras, foram levantadas situações pontuais sobre a realidade do trabalho. A dramatização dessa observação ajudou o grupo na busca de estratégias que possibilitassem solucionar alguns dos problemas constatados.

Ressalto, também, a experiência gratificante de contar, no grupo, com as acadêmicas do 4º e 7º semestre que, além do auxílio na efetivação das atividades propostas para o desenvolvimento do processo reflexivo, proporcionaram uma maior integração entre a graduação, a pós-graduação e a assistência. Tal experiência gerou a produção, por parte das acadêmicas, de um trabalho científico (Anexo 1) intitulado “Experiência de integração entre assistência, graduação e pós-graduação, num projeto de capacitação de enfermeiros do pronto-atendimento”, apresentado na VI Jornada de Produção Acadêmica e II Mostra de Especialização em Projetos Assistenciais. As contribuições dessa troca de experiências foi assim descrita pelas acadêmicas:

*ter a oportunidade de participar dos encontros possibilitou ampliar a nossa participação em atividades extra-curriculares... aumentar o nosso conhecimento, por meio das experiências compartilhadas nos encontros (...) podemos observar o enriquecimento de nossas experiências, enquanto acadêmicas do quarto semestre, já que constituiu um projeto teórico-prático, no qual as participantes trouxeram suas experiências cotidianas de trabalho, contribuindo para a identificação dos aspectos a serem refletidos. Destacamos esta oportunidade de trocas de experiências como fundamental na formação do enfermeiro.*

Concordo com a afirmação de que as trocas de experiências sejam importantes na formação profissional e fundamento que a integração acadêmico-assistencial é um processo baseado em trocas, numa realidade que se transforma a cada dia, pois envolve pessoas com necessidades, opiniões e desejos diferentes, ou não, que podem se complementar e gerar grandes mudanças no cotidiano. É um processo que pode nos levar a um repensar crítico procurando problematizar para unir esforços e compartilhando, com as diversas pessoas envolvidas no trabalho, para buscar crescimento pessoal e coletivo.

- **Os aspectos éticos envolvidos**

Se for tomado por base o conceito de ética, elaborado por Vázquez, *apud* D'Assumpção (1998, p.17), como “a teoria ou ciência do comportamento moral dos homens em sociedade” e do conceito de moral, para o mesmo autor, como

um sistema de normas, princípios e valores, segundo o qual são regulamentadas as relações mútuas entre os indivíduos ou entre estes e a comunidade, de tal maneira que estas normas, dotadas de um caráter histórico e social, sejam acatadas, livre e conscientemente, por uma convicção íntima e não de uma maneira mecânica, externa ou impessoal (p.17).

É possível notar que a vivência dos princípios éticos, na prática assistencial, tem um caráter multifacetado, já que inclui a dimensão institucional, a dimensão pessoal da enfermeira, a dimensão profissional e as políticas públicas, que definem prioridades com gestos e investimentos dentro do grupo.

Também, na unidade de emergência, a enfermeira é um agente moral e para isso se faz importante um comportamento moral, imprescindível ao seu exercício profissional. A preocupação com as decisões a serem tomadas sobre o “modo de fazer” o seu trabalho, perante o doente traumatizado grave, é uma realidade pois, nessa unidade, não há **um** modo de fazer anteriormente determinado.

Nessa perspectiva, pretendi, no desenrolar do processo reflexivo, levar para a discussão aspectos éticos, tanto do trabalho, quanto da própria assistência de enfermagem.

Todas as questões observadas foram levadas para discussão durante o desenvolvimento dos encontros e tiveram como objetivo conduzir as enfermeiras para a reflexão de que é necessário dar conta dessas condições e, também, de posicionar-se eticamente, a fim de pleitear por condições adequadas para desenvolver seus trabalhos. Pois, no momento que não estão asseguradas as condições mínimas para um bom atendimento, elas estão expondo, física, psicológica e profissionalmente, a elas mesmas, as suas equipes e ao doente traumatizado atendido.

Ainda, merece serem feitas considerações, tendo em vista que o foco deste trabalho foi o sujeito trabalhador e que percebi como necessário iniciar este estudo conhecendo-o melhor na atividade “Compreensão do sujeito trabalhador”.

Destaca-se, inicialmente, a validade daquele trabalho realizado com as colegas, no sentido de constituirmos, a partir dele, um *grupo* ao socializarmos “como eu era; como sou hoje; qual o meu maior sonho e o que estou fazendo para realizá-lo”. As respostas dadas pelas colegas propiciaram o desenvolvimento do processo crítico-reflexivo já valorizando desde o seu início a subjetividade do sujeito trabalhador e a importância dela ao se considerar a valorização do trabalho.

Nesse momento, destaco aspectos que dizem respeito tanto a *valorização do sujeito trabalhador quanto a valorização do trabalho*, as quais são produtos das reflexões críticas do grupo sobre o seu “modo de fazer”:

- o trabalho, na unidade de pronto-atendimento, é desenvolvido sob condições (físicas, humanas e tecnológicas) mínimas, expõe tanto a instituição, quanto os trabalhadores e a clientela assistida, pois uma estrutura de pronto-atendimento funciona como pronto-socorro e como unidade de internação intermediária;
- a falta de vagas nas unidades de internação resulta numa maior média de permanência dos doentes no pronto-atendimento, setor

que, na sua concepção, tem a finalidade de atender a pessoas em situações de risco iminente de vida. Isso não inclui um projeto de cuidados inerentes ao doente internado. A vivência dessa prática exige que os trabalhadores atuem ante uma duplicidade de finalidades, gerando angústias que foram evidenciadas como limitações ou dificuldades no desenvolvimento do trabalho;

- o acesso deve ser **garantido e de qualidade**, pois não é suficiente ter o acesso é preciso oferecer ao usuário condições adequadas para o seu tratamento;
- a política de “apagar incêndios”, ou seja, o constante ajustamento no trabalho, para solucionar o problema do momento, traduz a desvinculação do trabalhador à finalidade do trabalho na unidade de urgência e emergência;
- as situações de sofrimento no trabalho são freqüentes, portanto se faz necessário o oferecimento de suporte psicológico aos trabalhadores da unidade de emergência;
- os profissionais têm agilidade e competência no desempenho de suas funções, porém necessitam pensar mais estrategicamente seus trabalhos;
- é necessário o empenho de todos quanto à resolutividade do serviço, principalmente no que diz respeito à agilidade nos exames diagnósticos, para resultar num menor tempo de permanência hospitalar e, conseqüentemente, numa menor superlotação;
- a compreensão, neste estudo, sobre o “modo de fazer” da enfermeira tem seus alicerces na ética, na legalidade e no conhecimento e,
- a integração entre a assistência, a graduação e a pós-graduação, mostrou-se uma experiência valiosa, no sentido de possibilitar a essas três instâncias momentos de trocas de conhecimento e uma melhor relação teoria-prática.

Durante as discussões, pude observar que o grupo está encontrando formas de atuar perante alguns dilemas éticos. As enfermeiras, juntamente com o profissional médico, estão buscando alternativas para minimizar algumas dificuldades, por meio de negociações, tais como: transferência dos doentes mais estáveis a outros hospitais, quando possível; orientações aos doentes e familiares sobre a situação de falta de leitos, entre outras. Outras formas, entendidas pelo grupo, de atuar ante essas implicações são: de manter-se coeso nas reivindicações por melhores condições de trabalho e da enfermeira ter o grande compromisso ético de manter a equipe de enfermagem atualizada por meio da educação continuada ou em serviço.

Diante disso, para resolver contradições e embates no trabalho é de fundamental importância o compartilhamento dos problemas, dos desafios e das soluções encontradas, sempre se pautando pela ética e pela legalidade. É uma questão complexa e tomar consciência disso é um passo a favor da desalienação e de tantos outros para melhorar as condições de trabalho.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BECK, Carmem Lúcia Colomé. O sofrimento do trabalhador: da banalização a re-significação ética na organização da enfermagem. Florianópolis: UFSC, 2001.

BOCCHI, Sílvia Cristina; FÁVERO, Neide. O processo decisório do enfermeiro no gerenciamento da assistência de enfermagem, em um hospital universitário. **Texto & Contexto**, Florianópolis, v.5, n.2, p.218-246, jul./dez., 1996.

BOLETIM INFORMATIVO - TERMÔMETRO [do] Hospital em estudo. Santa Maria. Out., 2000. Mensal.

BRITO, Fabiana de Fátima et al. Pronto atendimento de adultos em serviço universitário: um estudo de avaliação. **Rev. Adm. Pública**. Rio de Janeiro, V. 32, n.3, p. 47-64, mai/jun, 1998.

CAMPOS, Gastão. **Saúde pública e saúde coletiva**: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n.2, p. 219-250, 2000.

CAPELLA, Beatriz Beduschi. **Uma abordagem sócio-humanista para um “modo de fazer” o trabalho de enfermagem**. Pelotas: Ed. Universitária / UFPel; Florianópolis: Programa de Pós Graduação em Enfermagem/UFSC, 1998.

\_\_\_\_\_, LEOPARDI, Maria Tereza. Teoria sócio-humanista. In: LEOPARDI, Maria Tereza. **Teorias de enfermagem**: instrumentos para a prática. Florianópolis: Papa Livros, 1999.

CASANOVA, Antônio et al. Trauma abdominal: um reflexo da violência urbana. **Revista Científica da AMECS**. Porto Alegre. V.5, n.1, p. 24-26. 1996.

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

COLÉGIO AMERICANO DE CIRURGIÕES. **Suporte avançado de vida no trauma**. Chicago. Manual de instrução, 1997.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO RIO GRANDE DO SUL. **Legislação**. 2000.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO RIO GRANDE DO SUL. **Código de ética dos profissionais de enfermagem**. 2000.

D'ASSUMPÇÃO, Eduardo Alves. **Comportar-se fazendo bioética**: para quem se interessa pela ética. Petrópolis: Vozes, 1998.

DEJOURS, Christophe. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. 5. Ed. São Paulo: Cortez, 1992.

\_\_\_\_\_. Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações. In: CHANLAT, Jean-François. **O indivíduo na organização**: dimensões esquecidas. 3ª ed. V. 1, São Paulo: Atlas, p. 149-173, 1996.

\_\_\_\_\_; ABDOUCHELI, Elisabeth. Itinerário teórico em psicopatologia do trabalho. In:\_\_\_\_\_ e JAYET, Christian. **Psicodinâmica do trabalho**: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 1994.

\_\_\_\_\_; JAYET, Christian. Psicopatologia do trabalho e organização real do trabalho em uma indústria de processo: metodologia aplicada a um caso. In:\_\_\_\_\_ e ABDOUCHELI, Elisabeth. **Psicodinâmica do trabalho**: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 1994.

FERNANDES, Maria de Fátima Prado. Postura ética e a integração grupal. **Rev. Nursing**, São Paulo, n.36, p.20-23, maio, 1998.

FREIRE, Paulo. **Conscientização**: teoria e prática da libertação. 3 ed. São Paulo: Moraes, 1980.

\_\_\_\_\_. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 11ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

GIR, Elucir; CARVALHO, Emília Campos de; FERRAZ, Ana E. Função e papel – estudo da terminologia. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.11, n.1, p.1-17, Jan. 1990.

GUSTAVO, Andréia da Silva. **O trabalho da enfermeira no âmbito hospitalar**: idealização e realidade. Porto Alegre: UFRGS, 2001. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2001.

Horário impróprio: o trabalho em turnos constitui-se um grande problema para a saúde. **Proteção**. Santa Maria: Palloti, p. 14-15, mar. 1995. [sem autor]

KIRCHHOF, Ana Lúcia Cardoso. Carência e finalidade no projeto de humanização da saúde. In: LEOPARDI *et al.* **O processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade**. Florianópolis: Papa Livros, 1999, p.159-165.

LEITE, Edimar; FERREIRA, Luis Carlos. **Atualização de Papel e Desenvolvimento Interpessoal** as relações grupais no trabalho de enfermagem. Vivendo e Trabalhando Melhor – Núcleo de Apoio Permanente. Centro de Aprendizagem Vivencial. Brasília, 2000.

LEOPARDI, Maria Tereza. O método como objetivação científica na assistência de enfermagem. **Texto & contexto**, Florianópolis, v.4, n.1, p.9-18, jan./jun., 1995.

\_\_\_\_\_. Saúde como projeto humano – a existência omnilateral. In: LEOPARDI *et al.* **O processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade**. Florianópolis: Papa Livros, 1999(a), p. 167-176.

\_\_\_\_\_. A ética como fundamento decisório para a saúde como projeto humano. In: LEOPARDI *et al.* **O processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade**. Florianópolis: Papa Livros, 1999(b), p. 153-158.

\_\_\_\_\_. A vida do trabalhador como centralidade no trabalho. In: LEOPARDI *et al.* **O processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade**. Florianópolis: Papa Livros, 1999(c), p.49-55.

\_\_\_\_\_; NIETSCHE, Elisabeta. O processo de trabalho em enfermagem: como abordá-lo de uma forma educativa e lúdica. **Texto & contexto**, Florianópolis, v.7, n.3, p.28-46, set./dez., 1998.

LIMA, Lisandra Matos. Motivação na enfermagem: uma abordagem teórica e uma visão prática da realidade. **Texto & Contexto**, Florianópolis, v. 5, n. 2, p. 132-139, jul./dez., 1996.

LIVRO DE REGISTROS [do] Hospital em estudo. Registro das internações hospitalares. Santa Maria, 2001.

MACHADO, Edilson; PICCINI, Roberto; OLIVEIRA, Gustavo. Epidemiologia do trauma: análise da prevalência dos traumatismos do sistema músculo-esquelético. **Rev. AMRIGS**, Porto Alegre, v.39, n.2, p.107-111, abr/mai/jun. 1995.

MADALOSO, Adriana Ribeiro Martins. Construindo um referencial teórico sobre a iatrogenia na prática de enfermagem. **Texto & Contexto**, Florianópolis, v.7, n.3, p.173-174, set/dez. 1998.

MAGALHÃES, Lucila Rupp de. **Aprendendo a lidar com gente: relações interpessoais no cotidiano**. Salvador: EDUFBA-Editora da Universidade Federal da Bahia, 1999.

MAGNAGO, Tânia S. **O “modo de fazer” da enfermeira frente ao doente traumatizado grave, em sala de emergência, numa perspectiva sócio-humanista:** uma reflexão crítica com enfermeiras de pronto-atendimento. Relatório apresentado às disciplinas de Prática Assistencial de Enfermagem, Aspectos Éticos na Assistência de Enfermagem e Educação e Assistência de Enfermagem. Florianópolis. UFSC, junho, 2001.

MAZZORANI, Benildes. **O trabalho da enfermagem nas unidades básicas de saúde:** o que é, o que pode e o que deve ser. Florianópolis: UFSC, 2000. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina, 2000.

MOSCOVICI, Fela. **Desenvolvimento interpessoal:** treinamento em grupo. 9ª ed., Rio de Janeiro: José Olímpio, 2000.

MUNARI, Denize; RODRIGUES, Antônia Regina. **Enfermagem e grupos.** Goiânia: AB, 1997.

NAZÁRIO, Nazaré Otília. **Fragmentos de uma construção do assistir em situações de emergência/urgência.** Florianópolis: Insular, 1999.

NETTO, João B. e GOMES, Edmundo Guilherme. Etiologia do trauma. In: FREIRE, Evandro. **Trauma:** a doença do século. São Paulo: Atheneu, 2001, p. 17-46.

NIETSCHE, Elisabeta. O micropoder no processo de trabalho dentro da estrutura hospitalar: vivenciando uma história. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v.49, n.3, p. 373-90, jul./set., 1996.

OLIVEIRA, Djalma de Pinho Rebouças de. **Excelência na administração estratégica:** a competitividade para administrar o futuro das empresas. São Paulo: Atlas, 1993.

PAVELQUEIRES, Shirlene. **Manobras avançadas de suporte ao trauma.** 2 ed., Ribeirão Preto: Edições Legis Summa, 1996.

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

PITTA, Ana. **Hospital:** dor e morte como ofício. 3. Ed. São Paulo: Hucitec, 1994.

PROCHNOW, Adelina; CHAGAS, Dolores R. **Dimensionamento do quadro de pessoal de enfermagem do Hospital Universitário de Santa Maria – RS.** Santa Maria, 1999. (Texto mimeografado).

RELATÓRIO DE ESTATÍSTICA [do] Hospital em estudo. Santa Maria, 2002. Anual.

ROGERS, Jean; OSBORN, Harold; POUSADA, Lídia. **Enfermagem e emergência**: um manual prático. Tradução de Ana Maria Müller Magalhães et al. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

SANTA MARIA. **Plano Municipal de Saúde**. Santa Maria, 2000.

SANTOS, Cláudio César; SANTOS Jr, Júlio César. Trauma: “a doença do século XXI”. In: FREIRE, Evandro. **Trauma**: a doença do século. São Paulo: Atheneu, 2001, p. 485 – 490.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE. **Plano municipal de Porto Alegre**, 1993.

SILVEIRA JÚNIOR, Aldery; VIVACQUA, Guilherme. **Planejamento estratégico como instrumento de mudança organizacional**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1996.

SOARES, Isabela. Trauma: epidemia fora de controle. **Zero Hora**, Porto Alegre, 8, abril, 2000. N.437, p.5-7.

SOUZA, Herbert de. **A centopéia que sonhava**. Rio de Janeiro: Salamandra, 1999.

STEIN, A. T. **Acesso a atendimento médico continuado**: uma estratégia para reduzir a utilização de consultas não urgentes em serviços de emergência. Porto Alegre: UFURGS, 1998. Tese de Doutorado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1998.

TRENTINI, Mercedes; PAIM, Lígia. **Pesquisa em enfermagem**: uma modalidade convergente-assistencial. Florianópolis: Ed. UFSC, 1999.

WEDHAUSEN, Águeda; ASSUNÇÃO, Ari Nunes. A consciência como condição de transformação. (s.d.) (Texto mimeografado).

## **APÊNDICES**

**APÊNDICE 1**

**CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

## Apêndice 1

### CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO PARTICIPANTE

Pelo presente documento declaro que fui informada de forma clara sobre a justificativa, os objetivos e a metodologia referentes ao projeto **O “modo de fazer” o trabalho da enfermeira frente ao doente traumatizado grave, em sala de emergência, numa perspectiva sócio-humanista**, apresentada à disciplina Prática Assistencial em Enfermagem, do Curso de Mestrado Interinstitucional em Assistência de Enfermagem.

Também fui informada ainda:

- da garantia de obter esclarecimentos sobre qualquer dúvida referente ao estudo;
- da liberdade de participar ou não do estudo, tendo assegurado essa liberdade sem quaisquer represálias atuais ou futuras, podendo retirar meu consentimento em qualquer etapa do estudo, sem nenhum tipo de penalização ou prejuízo;
- da segurança que não serei identificada e que se manterá o caráter confidencial das informações relacionadas com a minha privacidade, a proteção da minha imagem e a não estigmatização;
- da garantia que as informações não serão utilizadas em meu prejuízo;
- da liberdade de acesso aos dados do estudo em qualquer etapa do estudo;
- da segurança de acesso aos resultados do estudo;
- do uso de gravador e máquina fotográfica para registrar os encontros.

Nestes termos e considerando-me livre e esclarecida, consinto em participar do estudo proposto, resguardando à autora do projeto a propriedade intelectual das informações geradas e expressando a concordância com a divulgação pública dos resultados.

A enfermeira responsável por esse projeto é Tânia Solange Bosi de Souza Magnago, que está sendo desenvolvido sob a orientação da Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Enf<sup>a</sup> Ana Lúcia Cardoso Kirchhof e co-orientada pela Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Enf<sup>a</sup> Carmem Colomé Beck, tendo esse documento sido revisado e aprovado pela Direção de Enfermagem do Hospital universitário de Santa Maria, em 30 de abril de 2001.

Data:----/----/2001.

Nome do participante:-----Assinatura:-----

Assinatura do responsável:-----

OBS: O presente documento, em conformidade com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, será assinado em duas vias de igual teor, ficando uma via em poder do participante e a outra com a autora do projeto.

**APÊNDICE 2**

OFÍCIO ENCAMINHADO À DIREÇÃO DE ENFERMAGEM DO HOSPITAL  
EM ESTUDO

## Apêndice 2

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - PROMOTORA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA - RECEPTORA  
CENTRO UNIVERSITÁRIO FRANCISCANO - ASSOCIADA  
UNIVERSIDADE DE CRUZ ALTA - ASSOCIADA  
MESTRADO INTERINSTITUCIONAL EM ASSISTÊNCIA DE  
ENFERMAGEM

Santa Maria, 30 de abril de 2001.

Ilma Sr<sup>a</sup>:

Diretora de Enfermagem

Tânia Solange Bosi de Souza Magnago, enfermeira da unidade de pronto atendimento, vem solicitar a autorização para realizar um estudo junto as enfermeiras desta unidade.

O referido estudo terá como tema: **O “modo de fazer” da enfermeira frente ao doente traumatizado grave, em sala de emergência, numa perspectiva sócio-humanista.** Este estudo faz parte do Curso de Mestrado Interinstitucional em Enfermagem.

Outrossim, solicito autorização para divulgação dos dados, com identificação desta instituição, respeitando os preceitos éticos para pesquisa com seres humanos assegurados pela resolução 196/96 do Ministério da Saúde.

Contando com seu apoio, desde já agradeço por esta oportunidade colocando-me a disposição para possíveis esclarecimentos.

Atenciosamente,

**Tânia Solange Bosi de Souza Magnago**

Enfermeira - COREN 51.546/RS

### **APÊNDICE 3**

#### **ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO DE CAMPO**

### Apêndice 3

#### ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO DE CAMPO

- 1- Particularidades na passagem de plantão:.....  
.....  
.....
- 2- Atividades desenvolvidas pela enfermeira durante o plantão:.....  
.....  
.....
- 3- Fluxo de chegada do doente traumatizado grave (comunicação e recepção):.....  
.....  
.....
- 4- Atividades desenvolvidas pela enfermeira durante o atendimento (metodologia, organização, relação estabelecida com a equipe, com o doente/familiar e com os serviços de apoio:.....  
.....  
.....
- 5- Organização da sala de emergência (materiais e equipamentos disponíveis):  
.....  
.....
- 6- Tempo de duração do 1º atendimento e destino do doente traumatizado:.....  
.....
- 7- Anotações de enfermagem (sinais vitais, nota de internação, evolução do quadro clínico do doente durante a permanência do doente na emergência):.....

#### **APÊNDICE 4**

**DRAMATIZAÇÃO DO ATENDIMENTO OBSERVADO NA SALA DE  
EMERGÊNCIA**

## Apêndice 4

### DRAMATIZAÇÃO

No dia 10 de abril de 2001, às 19:15 horas, chega à sala de emergência, sem comunicação prévia, duas pessoas que sofreram acidente de trânsito do tipo atropelamento, transportadas por uma ambulância de um município vizinho à Santa Maria.

Neste dia a unidade de urgência e emergência estava superlotada. Sua capacidade física comporta oito pacientes na observação e dois na sala de emergência, porém além dos vinte e dois pacientes em observação também possuía outros dois pacientes graves na sala de emergência portadores de acidente vascular cerebral (um estava comatoso, entubado em T'Ayre e o outro consciente, hipertenso e bastante nervoso) e mais quatro crianças na observação pediátrica. Na escala de enfermagem, a enfermeira contava com três auxiliares e um bolsista acadêmico de enfermagem. Como a enfermeira tinha acabado de receber o plantão, não teve tempo de revisar a sala de emergência. A aspiração de parede estava sem o vidro e o extensor, o frasco de umidificação de oxigênio estava sem extensor. No carro de emergência só tinha um ambú, o outro estava de molho, pois tinha sido ocupado momentos anteriores na entubação de um dos pacientes da emergência, antes dos traumatizados chegarem. Os três monitores cardíacos estavam sendo usados em outros pacientes e a unidade não possuía oxímetro de pulso e nem respirador.

A enfermeira foi comunicada, pelo recepcionista, quando os doentes já estavam sendo conduzidos à sala de emergência.

RECEPCIONISTA: - Enfermeira, chegaram dois paciente que foram atropelados. Parece que é grave. Tem um todo ensangüentado.

ENFERMEIRA: - Estão na ambulância?

RECEPCIONISTA: - Não! Já estavam trazendo para a sala de emergência.

A enfermeira chega à sala de emergência e constata que os traumatizados haviam sido colocados, pelo motorista e auxiliar de enfermagem da ambulância, médico plantonista e um segurança da portaria, entre os dois pacientes que já estavam ali internados. O espaço entre as macas era mínimo. O segurança se aproxima dos familiares e pede:

SEGURANÇA: - Agora, vocês aguardem lá fora, no corredor, enquanto os pacientes são atendidos e assim que der serão informados sobre o quadro clínico deles.

FAMILIAR: - Será que é grave moço...?

RECEPCIONISTA: - Não sei lhe informar, aguardem lá fora.

Os familiares se afastam, cabisbaixos demonstrando muita preocupação.

Os auxiliares de enfermagem que já haviam sido divididos por escala de atividades (medicação, cuidados e pediatria) dirigiram-se para a emergência. Após alguns instantes aquele que foi designado para a medicação, começou a preparar e administrar as medicações dos outros pacientes internados. Os demais auxiliares permaneceram assistindo os pacientes traumatizados, cortando-lhes as vestes.

AUXILIAR Vanessa: - Nossa! Este (traumatizado "X") está todo ensangüentado!

AUXILIAR Maria: - E este (traumatizado "Y") todo molhado!

A auxiliar de enfermagem que fez o transporte informa que ambos foram atropelados pelo mesmo veículo e que o traumatizado "Y" foi encontrado caído numa valeta e quase não foi visto pelos socorristas.

A enfermeira rapidamente observa a situação e percebe que o traumatizado "X", deitado numa maca baixa, de ambulância, encontra-se agitado, gritando: - Ai! Doutora do céu. Eu não quero morrer. Ai, minha cabeça! Eu não quero morrer. Cadê minha mãe?

ENFERMEIRA: - Procure ficar calmo para que possamos atendê-lo.

A enfermeira observa que ele estava com um sangramento externo considerável. A cabeça, os membros superiores e o tronco estavam sujos de sangue. Possuía um acesso venoso puncionado com scalp e recebendo solução fisiológica.

ENFERMEIRA: - Vanessa, peça no CO uma maca emprestada, por que assim no chão não tem condições de trabalhar.

A auxiliar corre até o CO e pede a maca emprestada. Enquanto isso a enfermeira observa o traumatizado "Y" que estava mais calmo, referia dor nas costas e não lembrava do que tinha acontecido. Estava numa maca alta com prancha rígida, usando colar cervical e as roupas estavam completamente molhadas. Uma das pernas da calça estava cortada e percebeu uma lesão aberta na coxa esquerda. Não tinha acesso venoso puncionado.

A auxiliar chegou com a maca emprestada e o traumatizado "X" que continuava agitado e estava sendo examinado pela plantonista, foi colocado na maca alta.

A médica plantonista observa que havia um auxiliar que não estava ajudando na sala de emergência. Se dirige a enfermeira e diz:

MÉDICA: - Enfermeira! Olha, fazendo medicação em vez de estar aqui, ajudando.

A enfermeira nem responde, pois os outros pacientes também tem que ser atendidos. Pede a auxiliar Maria:

ENFERMEIRA: - Puncione um acesso venoso no traumatizado "Y" e instale uma solução de ringer lactato aquecido.

E dirige-se até o traumatizado "X". Observa que as vias aéreas estão pervias e ele está respirando adequadamente.

ENFERMEIRA: - Vou puncionar outro acesso venoso com abocath nº 18. Pronto.

Instala solução de ringer lactato e pede ao paciente:

ENFERMEIRA: - Se acalme. Tudo vai ficar bem.

E começa a limpá-lo, junto com a auxiliar, para saber de onde provém o sangramento. Quase não consegue se mexer, pois o espaço é mínimo entre os quatro pacientes. Percebe que o sangramento é proveniente de uma lesão no couro cabeludo.

ENFERMEIRA: - Ah! Ele tem um corte profundo no couro cabeludo. Vamos fazer um curativo compressivo para parar o sangramento.

Faz um curativo compressivo e coloca colar cervical para protegê-lo, caso tenha alguma lesão à nível de cervical. Enquanto isso a auxiliar Vanessa verifica os sinais vitais e comunica: PA= 120x80 mmHg FC= 90 bpm T°= 36°C. Cobre o traumatizado com um lençol.

A auxiliar Maria que estava puncionando o traumatizado "Y" pede ajuda a enfermeira pois o paciente está gelado e não consegue acesso venoso.

AUXILIAR Maria: - Enfermeira não estou conseguindo. Ele está gelado.

MÉDICA: Se vocês não conseguirem eu passo intracath, mas tem que ser rápido por que ele pode chocar.

A enfermeira chega com dificuldade até este e enquanto punciona o acesso venoso observa que o paciente esta conversando com coerência, porém continua não lembrando do acidente. Pede a auxiliar:

Enfermeira: - Verifique os sinais vitais dele.

E obtém como resposta: PA= 80x40mmHg FC= 120 bpm T° = 35°C.

MÉDICA: Esse acesso venoso precisa ser conseguido rápido. E aí, enfermeira, conseguiu?

A médica se vira para a auxiliar Maria e pede:

MÉDICA: - Arruma o material de intracath.

ENFERMEIRA: - Calma. Consegui um acesso, mas foi com abocath nº 20.

Acesso venoso puncionado, inicia imediatamente a infusão de ringer lactato aquecido. A enfermeira vai até o telefone:

ENFERMEIRA: - Alô! É do laboratório? Tem coleta de exames na sala de emergência.

Procede da mesma forma com o banco de sangue. Neste momento os pacientes são chamados para o RX. A médica plantonista pede que seja transportado primeiro o paciente "Y", pois está mais grave.

MÉDICA: Levem primeiro este (aponta para o traumatizado "Y"), por que está mais grave.

A enfermeira sugere que seja transportado primeiro o "X" que está mais estável, a fim de estabilizar os sinais vitais do "Y".

ENFERMEIRA: - Acho que devemos levar primeiro o paciente "X", pois se o outro piorar no RX, lá não tem recursos maiores.

A médica aceita a sugestão e o paciente "X" é encaminhado, pela enfermeira e um auxiliar. O paciente é deixado no Rx aos cuidados da técnica e a enfermeira e a auxiliar Vanessa retornam ao PA. A enfermeira começa a reorganizar a unidade.

O laboratório e o banco de sangue chegam e coletam amostras de sangue do paciente "Y" e pedem que quando o paciente "X" retornar os comuniquem novamente para a coleta.

Dez minutos mais tarde a enfermeira é informada que pode conduzir o paciente "Y" até o RX. Com os sinais mais estáveis (PA= 100x60mmHg e FC= 100 bpm) após a infusão da solução o paciente é então levado para fazer os RX.

Ao chegar na unidade de Rx a técnica informa que pediu para que subissem por que precisava de ajuda para terminar de fazer os Rx do paciente "X", pois não conseguia realizá-los sozinha.

TÉCNICA: Gurias, eu não consigo fazer todos esses RX sozinha. Vocês precisam me ajudar segurando o paciente na posição enquanto disparo os raios.

A enfermeira ficou indignada com a situação:

ENFERMEIRA: Mas isso é que é palhaçada. Além de trazer um paciente que ainda não está estabilizado e que terá que ficar aguardando, vamos ter que nos expôr a raios? Mas é uma barbaridade!

Porém, em consideração aos pacientes pediu para que a auxiliar Maria ajudasse a técnica e retornou a unidade.

AUXILIAR Maria: O que fazer, além de não termos condições de trabalho: poucos funcionários, baixos salários, ambiente insalubre... fico eu aqui...tomando raio de graça!

Ao terminar os Rx do paciente "X", este foi conduzido de volta ao PA. Como estava aparentemente bem, foi colocado no corredor e orientado o familiar para que qualquer alteração comunicasse a enfermeira. O paciente "Y" e a auxiliar permaneceram no Rx por aproximadamente 1 hora e 10 minutos até que todos o RX ficassem prontos.

Enquanto isso o CO precisa da maca, porém a enfermeira do PA está impossibilitada de devolvê-la, pois o paciente ficará em observação.

Após avaliação dos RX a médica e o neurologista decidem manter o paciente "X" em observação por 24 horas (RX sem particularidades). Fazer contato com o traumatologista, pois os RX do paciente "Y" apresentaram fratura de quadril em livro aberto e fazer contato com o cirurgião de plantão, pois além da extensa lesão na coxa esquerda o paciente continuava com os sinais vitais instáveis. Sugestivo de hemorragia interna.

A médica plantonista chama os familiares e comunica que o paciente terá que se submeter a uma cirurgia.

As 22:40 o paciente "Y é encaminhado ao bloco cirúrgico para laparotomia exploradora.

#### ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM:

##### PACIENTE "X"

19:15h PA= 120x80 mmHg FC= 90 bpm T°= 36°C.

Paciente chega ao PA após atropelamento. Consciente, agitado, apresentando corte no couro cabeludo. Puncionado acesso venoso e instalado solução conforme prescrição médica. Realizado higiene corporal e curativo compressivo na lesão.

19:45h Encaminhado ao RX.

20:30h Paciente retorna do Rx. Foi avaliado pelo neurologista e permanecerá em observação por 24h.

23:30h PA= 120x90 mmHg FC= 88 bpm Paciente dormindo.

##### PACIENTE "Y"

19:15 h PA= 80x40mmHg FC= 120 bpm T° = 35°C.

Paciente chega ao PA após atropelamento. Consciente, referindo dor lombar e não lembrando do acidente. Puncionado acesso venoso e instalado solução de ringer aquecido. Apresenta lesão extensa na coxa esquerda, com pequeno sangramento. Realizado curativo.

19:50h PA=100x60 mmHg FC= 100 bpm

19:55h Encaminhado ao Rx.

21:10h Retorna do Rx. Foi avaliado pelo neurologista.

21:25h PA= 90x50 mmHg FC= 110 bpm T°= 36°C Comunicado plantão, instalado solução ringer lactato rápido.

22:00h US demonstrou presença de sangue na cavidade abdominal. Realizado tricotomia abdominal e sondagem vesical em sistema fechado. Paciente aguarda sala no bloco cirúrgico.

22:40h PA= 80x40 mmHg FC= 110 bpm Avaliado pelo cirurgião e encaminhado ao bloco cirúrgico para laparotomia exploradora.

## **APÊNDICE 5**

**ROTEIRO PARA ANOTAÇÕES DAS DIFICULDADES**

**Apêndice 5**

Roteiro entregue as enfermeiras para anotação das dificuldades encontradas para o desenvolvimento do trabalho:

- na unidade de emergência de uma forma geral e,
- no trabalho frente ao doente traumatizado grave

	<b>DIFICULDADES</b>
<b>Equipe de Enfermagem</b>	
<b>Chefia de Enfermagem</b>	
<b>Coordenação de Enfermagem</b>	
<b>Direção de Enfermagem</b>	
<b>Equipe Médica</b>	
<b>Direção Clínica e Geral</b>	
<b>Condições de Trabalho</b>	
<b>Organização do Trabalho</b>	

## **APÊNDICE 6**

### **ROTEIRO PARA ANOTAÇÕES DAS FACILIDADES**

**Apêndice 6**

Roteiro entregue as enfermeiras para anotação das facilidades encontradas para o desenvolvimento do trabalho:

- na unidade de emergência de uma forma geral e,
- no trabalho frente ao doente traumatizado grave.

	<b>FACILIDADES</b>
<b>Equipe de Enfermagem</b>	
<b>Chefia de Enfermagem</b>	
<b>Coordenação de Enfermagem</b>	
<b>Direção de Enfermagem</b>	
<b>Equipe Médica</b>	
<b>Direção Clínica e Geral</b>	
<b>Condições de Trabalho</b>	
<b>Organização do Trabalho</b>	

## **APÊNDICE 7**

**ROTEIRO PARA ANOTAÇÃO DOS PONTOS FORTES, PONTOS FRÁGEIS E IMPLICAÇÕES ÉTICAS - DRAMATIZAÇÃO**

**Apêndice 7**

Roteiro entregue para as enfermeiras para anotação dos pontos fortes, pontos fracos e implicações éticas observadas no atendimento durante a dramatização.

<b>PONTOS FORTES</b>	<b>PONTOS FRÁGEIS</b>	<b>IMPLICAÇÕES ÉTICAS</b>

## **APÊNDICE 8**

DOBRADURA UTILIZADA NA TÉCNICA “DIZENDO O QUE SINTO”

## **Apêndice 8**

Papel dobradura utilizado na execução da técnica “Dizendo o que sinto”

## **APÊNDICE 9**

DOCUMENTO ENCAMINHADO À DIREÇÃO DE ENFERMAGEM  
REFERENTE AS **AÇÕES DE ENCAMINHAMENTO**

## Apêndice 9

Santa Maria, março de 2002

Para: Direção de Enfermagem

Enf<sup>a</sup>:

Durante o desenvolvimento da Prática Assistencial do Mestrado Interinstitucional em Filosofia, Saúde e Sociedade da UFSC/UFSM/UNIFRA/UNICRUZ foram realizados encontros com as enfermeiras do pronto-atendimento do HUSM com o objetivo de **desenvolver um processo crítico-reflexivo sobre o “modo de fazer” da enfermeira perante o doente traumatizado grave, em sala de emergência.**

Para atingir este objetivo todas as atividades propostas contemplaram a problematização das situações vivenciadas por estas profissionais na sua unidade de trabalho e, com base nas reflexões realizadas, adotar:

- **ações manutenção:** que consistem nas ações que a enfermeira efetua no seu cotidiano de trabalho e que, conforme avaliação do grupo, podem ser mantidas;
- **ações de reparação:** que consistem na reelaboração de uma ação deficitária e que foi negociada, no grupo, para implementação no cotidiano do trabalho da enfermeira e,
- **ações de encaminhamento:** que se referem a elaboração de um documento de encaminhamento de situações que precisam ser reparadas e que estão fora da governabilidade da enfermeira da unidade sendo, portanto, encaminhadas à Direção de Enfermagem para conhecimento.

Na perspectiva de concretização desta última ação citada, e tendo em vista a construção do Pronto-Socorro Regional descrevo, a seguir, algumas preocupações e sugestões das enfermeiras, no sentido de buscar apoio junto a esta direção para tentar as alternativas possíveis de, dentro da perspectiva do que seja assistência ética à saúde e qualidade de vida no trabalho para toda a equipe de enfermagem, estabelecer uma política institucional que permita aos profissionais o cumprimento da Lei do Exercício Profissional e do Código de Ética de Enfermagem.

Dentre as principais preocupações das enfermeiras, apontadas como ações de encaminhamento e discutidas durante os encontros, destaco:

- **Estabelecimento de um programa de inclusão dos novos profissionais na instituição e na unidade de trabalho:** estabelecer um período de capacitação para os profissionais recém contratados no sentido de que ele conheça a filosofia, a missão e os objetivos da

instituição, a estrutura hospitalar como um todo e receba por um período acompanhamento na unidade para a qual será designado a fim de que conheça o seu funcionamento e, ao mesmo tempo, identifique se tem perfil para trabalhar nesta unidade.

- **Maior número de trabalhadores:** necessidade de se ter equipes distintas para as emergências pediátrica e de adulto, bem como para os doentes em observação a fim de que se possa prestar uma assistência de enfermagem ética e qualificada. Há a necessidade, também, de maior número de pessoal nos serviços de apoio, principalmente no Rx e Tomografia, no período do noturno, feriados e finais de semana, pois, muitas vezes, é necessário que alguém da equipe de enfermagem do PA permaneça nesses locais auxiliando a posicionar os doentes, ficando, desta forma, descoberta a unidade de pronto-atendimento.

- **Educação continuada:** a capacitação contínua dos profissionais de enfermagem que atuam na unidade de emergência é de fundamental importância. Nesta perspectiva, destaco a importância da participação destes profissionais do curso MAST – Manobras Avançadas de Atendimento no Trauma (curso direcionado aos trabalhadores de enfermagem), a qual traria inúmeros benefícios tanto para os profissionais quanto para a população atendida. As enfermeiras acreditam que este deveria ser um critério estabelecido pela instituição para os profissionais trabalharem na emergência.

- **Fluxo dos doentes à unidade de emergência:** tendo em vista que uma grande maioria dos doentes que chegam a esta unidade são encaminhados sem aviso prévio, percebemos a necessidade de encaminhar ofício ao presidente do Consórcio Intermunicipal de Saúde e aos secretários de saúde dos municípios envolvidos no consórcio sobre a importância do contato telefônico prévio quando do encaminhamento de doentes ao serviço de emergência.

Sabedoras de que a direção deste hospital tem se empenhado em propiciar maior conforto a sua clientela interna e externa, temos a convicção de que embora o processo de mudança nos exija mais em compromisso, temos a certeza de que nossa Direção se empenhará em alcançar as transformações almejadas.

Com estas considerações sobre as possibilidades visualizadas pelas enfermeiras do pronto-atendimento na melhoria das condições de trabalho, agradeço a atenção e o acolhimento das mesmas

atenciosamente

Tânia Solange Bosi de Souza Magnago  
Enfermeira – PA/HUSM  
Mestranda em Enfermagem

ANEXOS

## **ANEXO 1**

RESUMO DO TRABALHO APRESENTADO NA VI JORNADA DE PRODUÇÃO ACADÊMICA E II MOSTRA DE ESPECIALIZAÇÃO EM PROJETOS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM

**Anexo 1****EXPERIÊNCIA DE INTEGRAÇÃO ENTRE GRADUAÇÃO, PÓS-GRADUAÇÃO E ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM PROJETO DE CAPACITAÇÃO DE ENFERMEIRAS DO PRONTO-ATENDIMENTO**

Adriana Fioravante Regina

Fernanda Machado da Silva

Tânia Solange Bosi de Souza Magnago

Ana Lúcia Cardoso Kirchhof

Enquanto bolsistas do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Saúde e Trabalho (NEST) do Departamento de Enfermagem da UFSM-RS, tivemos a oportunidade de participar da Prática Assistencial promovida por uma enfermeira do Curso de Mestrado em Enfermagem da UFSC. Esta prática teve por objetivo discutir o “modo de fazer” das enfermeiras do pronto-atendimento na assistência ao doente traumatizado grave. Percebemos o quanto podemos ampliar nossa participação em atividades como estas, por meio do desenvolvimento de uma oficina lúdico-educativa, seguida de uma técnica de relaxamento com projeção de imagem. Em um segundo momento, cumprindo o cronograma já estipulado, efetuamos a dramatização de um atendimento realizado no pronto-atendimento, observado pela mestranda, o qual tinha o propósito de fazer com que as enfermeiras refletissem a respeito de seu próprio “modo de fazer”. No decurso dos encontros, podemos observar o enriquecimento de nossas experiências enquanto acadêmicas do quarto semestre, já que constitui em um projeto teórico-prático, no qual as participantes trouxeram suas experiências cotidianas de trabalho, contribuindo para a identificação dos aspectos a serem refletidos. Destacamos esta oportunidade de trocas de experiências como fundamental na formação do enfermeiro, enquanto integra enfermeiros assistenciais, acadêmicos de enfermagem, alunos de pós-graduação e professores com doutorado.