

UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ

NÁDIA LISIESKI

**PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE: O COTIDIANO DA UNIDADE DE
EMERGÊNCIA**

ITAJAÍ (SC)

2006

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

NÁDIA LISIESKI

**PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE: O COTIDIANO DA UNIDADE DE
EMERGÊNCIA**

Dissertação apresentada no Curso de Mestrado Profissionalizante em Saúde e Gestão do Trabalho, da Universidade do Vale do Itajaí, para obtenção do título de Mestre - Área de concentração em Saúde da Família.

Orientador: Professora Dra. Elisete Navas Sanches Próspero.

Co - orientadora: Dra. Stella Maris Brum Lopes.

ITAJAÍ (SC)

2006

NÁDIA LISIESKI

**PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE: O COTIDIANO DA UNIDADE DE
EMERGÊNCIA**

Banca de qualificação da dissertação - Programa de Pós-Graduação do curso de Mestrado Profissionalizante em Saúde e Gestão do Trabalho - Área de Concentração: saúde da Família.

Itajaí (SC), 20 de dezembro de 2006.

Elisete Navas Sanches Próspero Navas
UNIVALI – Presidente/Orientadora

Stella Maris Brum Lopes
UNIVALI – Co – orientadora

Eliane Regina Pereira do Nascimento
UFSC – Membro da Banca

Gladys Amélia Vélez Benito
UNIVALI – Membro da Banca

Ingrid Elsen
UNIVALI – Membro da Banca

O valor do tempo

Para entender o valor de um ano, é só conversar com alguém que superou um câncer. Para entender o valor de um mês, é só conversar com uma mãe que teve um filho prematuro. Para entender o valor de uma semana, é só conversar com alguém que ficou entubado. Para entender o valor de uma hora, é só conversar com familiares de pacientes numa sala de espera. Para entender o valor de um minuto, é só conversar com alguém que teve uma

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, por iluminar o meu caminho.

Ao meu pai **José** e minha mãe **Mari-Léia**, pessoas de minha sustentação física e emocional a quem devo tudo o que sou.

Ao meu irmão **Josemar** e as minhas sobrinhas **Pamela** e **Larrisa**, que sempre foram sorrisos e raios de luz, presentes em minha memória.

A minha orientadora, Professora **Elisete**, educadora, que sempre acreditou e depositou sua confiança em meu trabalho, que com sabedoria e carinho, pacientemente esteve ao meu lado me orientando.

A minha co-orientadora **Stella**, pela dedicação e pelo incentivo, mostrando-me que as coisas não são tão difíceis quanto parecem ser.

As minhas amigas, **Miriã** e **Tatiana**, que me deram forças no momento mais difícil da minha vida, não me deixando desistir deste sonho.

A **família do Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho** (alunos e professores), que em todos os momentos estiveram presentes e contribuíram para o meu crescimento.

À **instituição envolvida** e a **equipe de trabalho** do serviço de emergência, pelo carinho e pela disponibilidade para a realização desta pesquisa.

UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO EM SAÚDE E GESTÃO DO TRABALHO

**TÍTULO: PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE: O COTIDIANO DA UNIDADE
DE EMERGÊNCIA**

RESUMO:

No processo de trabalho em saúde nas instituições hospitalares, as intervenções ocorrem nos estágios avançados do processo saúde-doença, sendo que é desenvolvido de forma coletiva, ou seja, por uma equipe de trabalho, mobilizando diversos profissionais com seus saberes e práticas de diferentes áreas de conhecimento. Através de um estudo descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa, procurou-se compreender o processo de trabalho da equipe no serviço de emergência com a finalidade de contribuir com o direcionamento das atividades e decisões dos coordenadores, das equipes, e dos dirigentes das instituições de saúde. Os dados foram coletados através de observação com registro em diário de campo e de entrevista semi-estruturada, nos quais foram entrevistados doze integrantes da equipe de trabalho que atuam no serviço, entre eles, dois enfermeiros, dois médicos, dois técnicos de enfermagem, dois recepcionistas e dois maqueiros. Esses dados foram agrupados e resultaram nas seguintes categorias: bastidores do processo de trabalho, estrutura de atendimento, dinâmica de trabalho, identidade profissional, relações de poder no trabalho de emergência. Procedeu-se então a análise das mesmas apoiando-se na bibliografia encontrada e na percepção do pesquisador. Conclui-se então, que no serviço de emergência o trabalho é realizado por uma equipe, que tem como produto final a manutenção da vida do cliente, onde a estrutura física, os recursos humanos e as tecnologias leves, leves duras e duras são essenciais neste processo. Na dinâmica de trabalho a maior dificuldade é a alta demanda ambulatorial, sendo que é um ambiente estressante, com um desgaste físico e emocional muito grande, no qual as relações de poder permeiam na divisão do trabalho e nos saberes, porém esta equipe identifica-se com este ambiente, demonstrando competência e compromisso com a manutenção da saúde.

Palavras chave: Processo de trabalho – emergência – trabalho em saúde.

UNIVERSITY OF VALE DO ITAJAÍ

CENTER FOR HEALTH SCIENCES

MASTER'S DEGREE IN HEALTH AND MANAGEMENT OF WORK

**TITLE: THE WORK PROCESS IN HEALTH: DAY-TO-DAY WORK IN THE
EMERGENCY UNIT**

ABSTRACT:

In the work process in the area of health, in hospital institutions, care of the client in the health-sickness process is carried out in a collective way, i.e, by a team, which mobilizes various professionals with knowledge and practices in different areas of knowledge. This descriptive and exploratory study, which takes a qualitative approach, sought to understand the work process of the emergency services team, as a contribution to guiding the activities and decisions of the coordinators, teams and managers of health institutions. The data were collected through observation using a field diary and a semi – structure interview, in which twelve members of the team were interviewed, including two nurses, two doctors, two nursing technicians, two receptionists and two hospital porters. These data were grouped, resulting in following categories: Support in the work process, the structure of a patient attendance, the work dynamic, professional identity, and relations of power in emergency work. These categories were then analyzed, supported by the bibliography and the researcher's own perceptions. It is concluded that in the emergency services, the work is carried out by a team, the end product of which is to maintain the life of the client, and in which the physical structure, human and light, light-heavy and heavy technological resources are an essential part. In the work dynamic, the greatest limitation is the high demands placed on the emergency service, as it is a stressful environment, which is physically and emotionally tiring, and one in which relations of power permeate the division of labor and knowledge. However, the team studied is well identified with this environment, demonstrating competence and a commitment to maintaining health.

Key words: Work process – emergency – work in health.

TITULO: EL PROCESO DE TRABAJO EN LA SALUD: LO COTIDIANO DE LA UNIDAD DE EMERGENCIA.

RESUMEN:

En el proceso de trabajo de la salud en las instituciones hospitalarias, el cuidado del cliente en el proceso salud – enfermedad es desarrollado de forma colectiva es decir, por un equipo de trabajo, que moviliza diversos profesionales con conocimientos y prácticas de diferentes áreas del conocimiento. A través de un estudio descriptivo y exploratorio con abordaje cualitativo, se buscó comprender el proceso de trabajo del equipo en el servicio de emergencia, con la finalidad de contribuir con el direccionamiento de las actividades y de las decisiones de los coordinadores, de los equipos, y de los dirigentes de las instituciones de la salud. Los datos fueron recolectados a través de la observación con un registro en diario y con una entrevista semi-estructurada, en los cuales fueron entrevistados doce integrantes del equipo de trabajo que trabajan en el servicio; entre ellos, dos enfermeros, dos médicos, dos técnicos en Enfermería, dos recepcionistas y dos camilleros. Esos datos fueron agrupados y resultaron en las siguientes categorías: bastidores del proceso de trabajo, estructura de atención al público, dinámica de trabajo, identidad personal, relaciones de poder en el trabajo de emergencia. Se procedió entonces al análisis de las mismas, apoyándose en la bibliografía encontrada y en la percepción del investigador. Se concluye entonces, que en el servicio de emergencia, el trabajo es realizado por un equipo, que tiene como producto final la manutención de la vida del cliente; donde la estructura física, los recursos humanos y las tecnologías livianas y duras son esenciales en este proceso. En la dinámica de trabajo, la mayor limitación es la alta demanda de consultorio, siendo que es un ambiente estresante, con un desgaste físico y emocional muy grandes, en el cual las relaciones de poder permean en la división de trabajo y de los conocimientos, pero este equipo se identifica con este ambiente, demostrando competencia y compromiso en la manutención de la salud.

Palabras-llave: Proceso de trabajo – emergencia – el trabajo en salud.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Recursos humanos do serviço de emergência	34
Quadro 2 – Categorias e subcategorias	42
Quadro 3 – Dados referentes a identificação dos sujeitos do estudo.....	43

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Municípios da AMMVI	32
Figura 2 – Mapa da estrutura física do serviço de emergência	33

SUMÁRIO

1 JUSTIFICATIVA	13
2 OBJETIVOS	16
2.1 Objetivo geral	16
2.2 Objetivos específicos	16
3 ASPECTOS CONCEITUAIS	17
3.1 Processo de trabalho	17
3.2 Processo de trabalho em saúde	20
3.3 Processo de trabalho no serviço de emergência	25
3.3.1 Organização hospitalar	25
3.3.2 Serviço de emergência	26
4 PERCURSO METODOLÓGICO	31
4.1 Tipo de estudo	31
4.2 Caracterização do local do estudo	32
4.3 Sujeitos da pesquisa	35
4.4 Percurso da pesquisa	36
4.5 Análise dos dados	38
4.5.1 Etapas da análise.....	39
4.6 Procedimento ético	40
5. APRESENTAÇÃO DOS DADOS	41
5.1 Bastidores do processo de trabalho	43

5.1.1 Perfil dos sujeitos do estudo	43
5.1.2 Atividades desenvolvidas pelos sujeitos do estudo	45
5.1.3 Jornada de trabalho	47
5.1.4 Remuneração	47
5.2 Estrutura de atendimento	49
5.2.1 Organização de espaço	49
5.2.2 Recursos humanos	55
5.2.3 Meios de trabalho	56
5.3 Dinâmica de trabalho	60
5.4 Identificação profissional	63
5.4.1 Sentimentos	64
5.4.2 Habilidades	70
5.4.3 Poder de salvar	71
5.5 Relações de poder no trabalho de emergência	72
5.5.1 Interação entre os profissionais e com os clientes e familiares	73
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	79
7 REFERÊNCIAS	83
8 APÊNDICE	89
9 ANEXOS	92

1 JUSTIFICATIVA

Meu interesse pela área de emergência e pelo tema processo de trabalho surgiu durante a minha experiência profissional no serviço de emergência em que atuei durante quatro anos.

Assim, acabei me fascinando por este setor e me aperfeiçoei nesta área através do curso de especialização de emergência, sentindo-me mais preparada para prestar cuidados de enfermagem aos clientes em estado crítico.

Com o passar do tempo, comecei a valorizar situações que envolviam o trabalho daquela equipe e que até então eu não percebia, como por exemplo as atividades desenvolvidas por cada membro da equipe, como um profissional dependia do outro na realização do seu trabalho, ou seja a importância da integração da equipe no desenvolvimento de um trabalho.

Deparava-me constantemente com a equipe, durante o trabalho, dialogando entre si, ora sobre o cansaço físico, a longa jornada de trabalho, os salários baixos e a sobrecarga de trabalho, ora sobre o pequeno espaço físico e a alta demanda ambulatorial.

Ao interessar-me por estas questões necessitei fazer algumas leituras sobre o tema. Conforme cita Leopardi (1999), o trabalho é uma atividade humana que envolve a, relação entre sujeito e objeto, cuja consequência não é uma modificação unilateral, mas uma mútua transformação que se torna imediatamente movimento, de complexidade crescente.

Para Benito (2001), em nossa sociedade moderna, o trabalho significa um dos requisitos para o ser humano poder subir nas escalas econômica e social. As exigências sociais do trabalho são percebidas pelos fatores determinantes no processo de trabalho relacionados com a organização.

Portanto, o processo de trabalho, é aquele em que o trabalho é materializado ou objetivado em valores de uso. Representa o fluxo, a execução de conteúdos e significados, podendo ser caracterizado como uma interação da

pessoa que trabalha com o mundo natural, de tal forma que os elementos deste último são conscientemente modificados e com propósitos bem delimitados (BOTTOMORE, 1988).

Entretanto, o processo de trabalho no serviço de emergência é realizado por uma equipe de trabalho, que necessita entrar em sintonia entre si e com o ambiente de trabalho.

O produto do processo de trabalho em saúde é a manutenção da saúde e está ligado diretamente ao momento da produção do ato cuidador. Ou seja, esse ato cuidador ou a assistência é o resultado do trabalho coletivo realizado por profissionais de saúde e, ao mesmo tempo, é o próprio trabalho em ato (MERHY, 1997).

Para Geovanini *et. al.* (2002), o processo de trabalho em saúde é exercido por seus diversos agentes, que de forma hierarquizada, executam tarefas voltadas à cura e à prevenção da doença no indivíduo. Nesse processo os profissionais estabelecem relações entre si, cuja lógica calca-se na hegemonia da Medicina científica, que tem como expoente o profissional médico, a quem cabe diagnosticar e tratar.

Afirma Benito (2001), que o processo de trabalho no setor saúde não gera como produto final uma mercadoria e sim um serviço. Para que este processo de trabalho aconteça é necessário os meios de trabalho, que são as tecnologias leves, leve duras e duras conforme classificadas por (MERHY 2005).

Por outro lado, por meio de conversas e contatos com a equipe constatei também como o uso de equipamentos, de conhecimentos e conflitos diários interferiam nos processos de trabalho tais como: equipamentos que não funcionavam em situações de urgência ou emergência, equipes de trabalho que agilizavam o atendimento inicial ao cliente em estado crítico em relação aos outros em virtude dos conhecimentos que possuíam e os conflitos gerados principalmente entre equipe de trabalho e acompanhantes dos clientes.

Outra constatação é a divisão do trabalho, em que os procedimentos e as técnicas são fragmentadas entre os profissionais da saúde.

Frente ao exposto e sendo o serviço de emergência a porta de entrada de clientes em estado crítico na instituição hospitalar, considero esse serviço ideal para realização deste estudo.

Segundo Deslandes (2002), os serviços de emergência contemporâneos contém uma especificidade que os distingue de quaisquer outros serviços de saúde. Trata-se de uma assistência que deve ser realizada de forma imediata, eficiente e integrada. Exige amplo conhecimento técnico, habilidade profissional e o emprego de recursos tecnológicos .

Vale ressaltar que é um ambiente agressivo e estressante , e que a equipe de saúde nesse serviço convive permanentemente com cenas de sofrimento e morte. Diante disto a realização de um estudo sobre o processo de trabalho no serviço de emergência poderá oportunizar aos gestores das instituições de saúde e as próprias equipes de trabalho que atuam nessas instituições refletirem, compreenderem e valorizarem o delicado e elaborado processo de trabalho no serviço de emergência.

Como a vivência nesse serviço foi muito significativa, me levou a seguinte inquietação: como se dá o processo de trabalho no serviço de emergência?

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Compreender o processo de trabalho da equipe no serviço de emergência de um hospital filantrópico situado no Médio Vale do Itajaí.

2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar a estrutura física do serviço de emergência.
- Identificar as relações do processo de trabalho em saúde da equipe do serviço de emergência.
- Identificar a produção do cuidado em saúde e suas inter-relações de trabalho.

3 ASPECTOS CONCEITUAIS

Neste capítulo apresento o processo de trabalho, processo de trabalho em saúde e processo de trabalho no serviço de emergência, a partir de autores como Marx (1988), Leopardi (1999), Pires (1999), Deslandes (2002), Merhry (2005), dentre outros, no qual busquei subsídios para fundamentar a análise dos dados da pesquisa.

3.1 Processo de trabalho

O trabalho é a atividade pela qual o homem domina as forças naturais e humaniza as agruras da natureza. É a atividade pela qual o homem recria a si mesmo. Esta atividade é caracterizada por um processo de transformação que ocorre quando os indivíduos têm necessidades que precisam ser satisfeitas, essa transformação acontece mediante a atividade do trabalho, realizada como consumo produtivo de forças de trabalho e a intermediação de instrumentos que o agente insere entre ele próprio e o objeto para dirigir sua atividade a uma dada finalidade (GONÇALVES, 1992).

Sendo assim, o trabalho é uma ação que o homem exerce com o objetivo final de produzir uma mercadoria que possui um valor de uso ou de troca. Como criador de valores de uso, o trabalho útil é uma condição de existência do homem, independente de todas as formas de sociedade, eterna necessidade natural de mediação do metabolismo entre o homem e a natureza e, portanto, da vida humana (MARX, 1988).

Segundo Lane (1991), a visão do trabalho como uma função econômica que assegura a subsistência, implica na manifestação de uma função psicológica e social, como expressão das necessidades profundas de atividade e colocação que

se encontram nos homens que vivam em condições normais de saúde e solidariedade.

O trabalho humano possui um duplo caráter: por um lado, é fonte de realização, satisfação e prazer, estruturando e formando o processo de identidade dos sujeitos, por outro, pode também transformar-se em elemento patogênico, tornando-se nocivo à saúde.

De acordo com Lojkine (1995), a originalidade do conceito marxista de forças produtivas é dupla. Por um lado, remete o papel decisivo conferido à relação entre homem e natureza material, a maneira de produzir, isto é, ao instrumento de trabalho. Por outro, remete igualmente à articulação específica que Marx estabelece na maneira de produzir, entre os meios materiais e os meios humanos de trabalho considerado como o modo de organização técnico, mas também social, dos homens.

Força produtiva material é segundo Marx (1988), a força física que o homem põe em movimento para modificar a natureza, incorporar a natureza, a fim de incorporar materiais dando uma força útil à sua vida, isto é, um valor de uso. Esta força natural do homem, o trabalho humano, se define pela preexistência do resultado do trabalho na imaginação do trabalhador.

Para o mesmo autor, o produto, resultado da produção capitalista é a mais-valia e somente é produtivo o trabalho e trabalhador que produzem diretamente mais-valia, que é um excedente do trabalho e que pertence ao proprietário dos meios de produção.

Assim, o homem é um ser que trabalha, sendo o trabalho um ato social, pois no interior do processo produtivo, os homens estabelecem vínculos e relações sociais.

De acordo com Pires (1998), baseada nas reflexões de Marx, o trabalho em serviços pode adquirir caráter produtivo ou não, dependendo do tipo de relação econômica que se estabelece. Desta forma, o trabalho na saúde é produtivo pois produz valor de troca gerando mais-valia para o capital.

O homem, durante o trabalho, realiza um processo de trabalho, pois idealiza um objetivo no qual possui um conteúdo definido, para produzir o produto. Em sua

forma mais simples, o processo de trabalho é aquele em que o trabalho é materializado ou objetificado em valores de uso. O trabalho é neste caso, uma interação da pessoa que trabalha com o mundo natural, de tal modo que os elementos deste último são conscientemente modificados e com um propósito (BOTTONORE, 2001).

De acordo com Giannotti (1985), no fim do processo de trabalho se obtém um resultado que no início já estava na representação do trabalhador, estando pois presente idealmente.

Marx (1988) considera que três são os momentos essenciais do processo de trabalho: a atividade orientada ou o próprio trabalho, seu objeto e seu meio, ainda destaca os seguintes componentes na definição clássica sobre o processo de trabalho: matéria prima, instrumentos de trabalho, homem e produto.

Reforçando as idéias de Marx, Bottonore (2001), afirma que o processo de trabalho é uma condição da existência humana, comum a todas as formas de sociedade humana: de um lado, o homem com o seu trabalho, o elemento ativo; do outro, o elemento natural, o mundo inanimado, passivo. Mas, para ver como os diferentes participantes humanos se relacionam entre si neste processo de trabalho, é necessário também analisar as relações sociais dentro das quais esse processo ocorre.

Destaca-se que no mundo capitalista, o homem vivencia o processo de trabalho, pois os meios de produção e a força de trabalho são comprados pelo capitalismo. Sendo assim, os trabalhadores consomem os meios de produção através de seu trabalho e o capital consome a força de trabalho.

Esses produtos só constituem valores de uso para o capitalista na medida em que são portadores de valor de troca. Isto é, a finalidade do processo capitalista de trabalho é produzir mercadorias cujo valor exceda à soma dos valores da força de trabalho e dos meios de produção consumidos no processo de sua produção (BOTTONORE, 2001).

3.2 Processo de trabalho em saúde

De acordo com Leopardi (1999), o trabalho na saúde aparece quando a estrutura político-econômica não consegue conviver com os destroços da miséria e da exploração da Idade Média. O Renascimento trouxe, além da estruturação da ciência, uma nova base moral, de modo que começa a causar espanto a visão da dor e do sofrimento, que passa da esfera privada para a pública, quando os indivíduos não conseguem ser mantidos pelas famílias, nem cuidados, principalmente nas camadas mais pobres.

Ainda segundo a autora, é importante que tenhamos em mente que alguns trabalhos da saúde surgem quando o sistema industrial se instala definitivamente e se desenvolve ao ponto de exigir trabalhadores mais habilitados. Neste período, os sistemas de assistência à saúde ampliam seus objetivos de modo a dar conta de uma necessidade social que desponta, ou seja, a de preservar a mão-de-obra treinada para os postos de trabalho então existentes.

Os estudos de Pires (1999) e de Merhy (2005), são de grande importância para o conhecimento deste tema. Pires (1999) analisa o trabalho de enfermagem, enfocando as mudanças provocadas pela introdução de tecnologia de ponta, relacionando trabalho e reestruturação produtiva, sendo que denomina como produto final do processo de trabalho em saúde a assistência de saúde.

Merhy (2005) realiza uma crítica ao trabalho de Pires, referindo que deveria ter dado mais ênfase às diferenças entre os setores produtivos da saúde, da indústria e dos serviços em geral, nas sociedades contemporâneas. Este autor trata sobre o processo de trabalho em saúde a partir da micropolítica, ressignificando o modo de cuidar e gerenciar em saúde, operando sobre o território das tecnologias leves, leve-duras ou duras que compõem o ato de cuidar, e na Atenção Gerencial (A.G.).

O trabalho em saúde para Pires (1999) é um trabalho essencial para a vida humana e é parte do setor de serviços. É um trabalho da esfera da produção não material, que se completa no ato da sua realização. Não tem como resultado um

produto material e independente do processo de produção é comercializável no mercado. O produto é indissociável do processo que o produz, sendo a própria realização da atividade.

Para Merhy (1995), o modo de operar os serviços de saúde é definido como um processo de produção do cuidado, é um serviço peculiar fundado numa intensa relação interpessoal, dependendo do estabelecimento de vínculo entre os envolvidos para a eficácia do ato. Por ser de natureza dialógica e dependente, constitui-se também num processo pedagógico de ensino-aprendizagem.

Desta forma, os trabalhadores de saúde tornam-se sujeitos ativos deste processo, com o objetivo de atingir a resolutividade do problema e a saúde do cliente, que nesta situação é um ser humano e não um objeto.

Para Merhy (2005), o trabalho em saúde é centrado no trabalho vivo em ato permanente, um pouco à semelhança do trabalho em educação. Além disso, atua distintamente de outros processos produtivos nos quais o trabalho vivo em ato pode e deve ser enquadrado e capturado globalmente pelo trabalho morto e pelo modelo de produção.

Portanto, no setor saúde, a produção ocorre na intervenção em ato, exatamente na realização do trabalho em si, ou seja, na relação profissional-usuário.

A noção de tecnologia aqui utilizada tem definição mais ampla (...), pois não a confundo de maneira específica com equipamentos e máquinas, já que também incluo como tecnologias certos saberes que são constituídos para a produção de produtos singulares, e mesmo para organizar as ações humanas nos processos produtivos, até mesmo em sua dimensão inter-humana. Desse modo, falo em tecnologias duras, leve-duras e leves (MERHY, 2002, p.45).

No caso do processo de trabalho em saúde, para Merhy (2005), utilizando os os componentes do processo de trabalho seguidos por Max, é possível sistematizar da seguinte forma:

- matéria-prima: usuário
- instrumentos de trabalho: tecnologia (leve/dura/leve-dura)
- homem : trabalhador em saúde – operador do cuidado
- produto: trabalho em saúde – atos de saúde – produção do cuidado

Para este autor, as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde podem ser classificadas como: tecnologias leves (são as tecnologias de relações do tipo de produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalho); leve-duras (como no caso de saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia, o taylorismo, o fayolismo); e duras (como no caso de equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas, estruturas organizacionais).

Segundo Merhy (2002), um modo de aprisionar a prática a partir de inovações tecnológicas imprime mudanças no perfil da qualificação dos profissionais, na força de trabalho e nos processos de troca.

Entre essas mudanças, Merhy (1999), cita a Atenção Gerencial que opera no centro da ação médica, no procedimento, microcontrolando os atos de saúde. São estratégias, inclusive algumas de saúde coletiva, que se concentram no saber e no conhecimento do profissional. Uma tecnologia leve que opera sobre o uso de equipamentos e máquinas no diagnóstico ou na assistência.

Isso quer dizer, que o ato de saúde deixa de ser centrado na clínica do usuário e é deslocado para a área econômica, ocorrendo uma modificação e passando a ser ocupada por um administrador.

O processo de trabalho dos profissionais de saúde tem como finalidade a ação terapêutica de saúde, inserindo como objeto o indivíduo ou grupos doentes, sadios ou expostos a risco, necessitando de medidas curativas, preservada de saúde ou prevenida de doenças; como instrumental de trabalho – os instrumentos e as condutas que representam o nível técnico do conhecimento que é o saber de

saúde e o produto final é a própria prestação da assistência de saúde que é produzida no mesmo momento que é consumida (PIRES, 1999).

O ato assistencial institucional em saúde envolve um trabalho do tipo profissional, isto é, realizado por tr

marca a dimensão cuidadora sobre qualquer tipo de ação profissional (MERHY,2005,p.25).

Na área da saúde predomina o modelo hegemônico médico neoliberal no qual ocorre o enfraquecimento da dimensão cuidadora do trabalho em saúde, como também a submissão dos outros profissionais da equipe. A divisão do trabalho é entendida não como necessidade do aprimoramento da tecnologia ou como condição indispensável para a eficácia técnica, mas sim como características da organização do trabalho, determinada nos diversos momentos históricos pelo modo de produção típico de cada sociedade, portanto cabendo aos homens enquanto grupo social definir a forma como se relacionam com a natureza e a forma como reproduzem a sua vida social (PIRES, 1989).

Na área da saúde, durante a realização do processo de trabalho, o profissional divide o seu trabalho. A divisão do trabalho deve ocorrer naturalmente como conseqüência do aumento da complexidade tecnológica, enquanto o processo de trabalho deve significar administração de recursos humanos no sentido de adequá-las às necessidades tecnológicas de produção. A hierarquização das funções é neste contexto uma questão técnica e não política. A medicina domina a divisão de trabalho na saúde porque ela controla o conhecimento sobre o qual depende o processo de cura. Portanto, divisão de trabalho é vista como a expressão da relação de saber numa forma hierarquizada e qualquer tipo de conflito entre campos profissionais é configurado como sinal de patologia social ou administrativo (MERHY; CAMPOS; QUEIROZ, 1989).

Para resolver os conflitos que surgem no âmbito do trabalho coletivo, com a estruturação de novas profissões, mantém-se o modelo no qual o médico é o elemento central da assistência e os demais atuam como prática auxiliares. Portanto, em situações de conflito o médico dá a última palavra, independente da decisão médica estar certa ou errada (PIRES, 1999).

3.3 Processo de trabalho no serviço de emergência

3.3.1 Organização hospitalar

As organizações de saúde são definidas como lugares de construção de uma determinada política social setorial (a saúde), lugares de produção e lugares de trabalho em saúde, buscando-se certos modos de operar em situações organizacionais que põem em jogo o que já se produziu de tecnologias gestoras para governar serviços de saúde e processos produtivos (MERYH, 2005).

Esta organização de saúde, nesta pesquisa, é determinada como hospital, que para Houaiss (2004) é um estabelecimento próprio para internação e tratamento de doentes ou de feridos, que deve agir com hospitalidade e benevolência.

Já Carapinheiro (1998), define hospital como parte importante da estrutura global dos cuidados, que compatibiliza três funções principais: a função de controle social, de produção do saber médico e a de reprodução da força de trabalho.

Silva (2006), relata que embora o hospital seja definido como uma das mais complexas organizações já concebida, é também uma das que mais crescem nos últimos anos devido à natureza de sua atuação num planeta que está adoecendo mais de problemas novos e desconhecidos.

Desta forma, o hospital produz trabalho, sendo uma empresa prestadora de serviço, é também um conjunto de processos de serviços, que foram classificados por Uriel Zanon (2001) em duas categorias: processos administrativos e processos médico-assistenciais. Este último doravante denomina-se simplesmente de processos assistenciais.

Para Boerger (2005), os hospitais devem seguir os passos da evolução, lembrando-se, a todo instante, que nunca deve seguir os passos da evolução, lembrando-se, a todo instante, que nunca deve haver um desencontro entre o que a medicina se propõe a oferecer aos pacientes e o que estes buscam. Melhor

relacionamento, atendimento impecável de toda a equipe do hospital, bom acolhimento e competência são fatores que não devem ser esquecidos pela equipe de saúde no contato com o paciente.

Em sua tese de doutorado Silva (2006), aborda a organização hospitalar como sistema aberto, em subsistemas de um sistema maior, sendo vistas como subsistemas dentro de um sistema mais amplo, que é a sociedade. Os sistemas são complexos de elementos que interagem entre si, produzindo um todo, e não podem ser compreendidos pela simples observação das suas várias partes componentes, analisadas isoladamente.

A mesma autora refere que nas organizações de saúde e nos órgãos de enfermagem encontramos, nos últimos anos, propostas organizacionais inovadoras com estruturas fundamentadas na Teoria dos Sistemas. Considera como os sistemas de produção de serviços do hospital o sistema de enfermagem; sistema administrativo com o subsistema de lavanderia, subsistema de material, subsistema de manutenção e conservação, subsistema de vigilância, zeladoria, limpeza e serviços gerais, subsistema de informática e subsistema de finanças; sistema de apoio assistencial com subsistema de nutrição, subsistema de laboratório de análises clínicas, subsistema de farmácia e subsistema de radiologia; sistema de medicina.

A produção dos serviços hospitalares sob o olhar da complexidade é resultante de uma dinâmica de inter-relações entre os sistemas e subsistemas, num processo contínuo de autonomia, interdependência e dependência. Todo este processo desenvolve-se centrado nas necessidades do paciente. (IBIDEN).

3.3.2 Serviço de emergência

Na literatura foi encontrado o estudo realizado por Deslandes (2002), que em sua tese de doutorado, busca analisar a interferência cotidiana da violência na dinâmica organizacional dos serviços de saúde, nas representações e práticas de

seus agentes, onde refere sobre o processo de trabalho na emergência, no qual discute as condições de trabalhos e as relações organizacionais.

Para Deslandes (2002), a fragmentação das tarefas do processo de trabalho em saúde não se traduz, necessariamente, em uma uniforme expropriação do saber dos agentes sobre seu próprio trabalho. Muitas mediações precisam ser elaboradas na organização hospitalar, especialmente no tocante à divisão do trabalho. O trabalho em saúde, apesar de todo incremento tecnológico, sustenta-se pelo trabalho intensivo, que articula um relativo nível de domínio do processo de trabalho desigualmente distribuído entre seus agentes.

Desta forma, a prestação de cuidados no serviço de emergência não depende de um só integrante, mas do trabalho de toda equipe, que atue em sintonia, através de uma mesma linguagem.

O termo tratamento de emergência refere-se a cuidados aos clientes em situações de gravidade com necessidades de assistência urgente (DINEEN; MONCURE,1982).

Para Black, Jacobs (1996), emergência é qualquer enfermidade ou lesão súbita percebida pela vítima e este estado permanecerá até a condição de estabilizar-se ou cessar a ameaça à vida.

Morales (2001) relata que as situações de emergência podem ser compreendidas como os danos abruptos e extensivos à vida e à propriedade, que podem ser atendidas como recursos locais e conceitua emergência como aquela situação que afeta ou põe em perigo a saúde e a vida de uma ou de muitas pessoas.

Segundo Martinez, Nitschke (2001), as emergências são passíveis de tratamento, sendo que as intervenções e a tentativa de resolução devem ser feitas em um tempo considerado normalmente de até vinte e quatro horas após o início do agravo.

A Portaria nº. 2.048, de 5 de Novembro de 2002, do Ministro de Estado da Saúde, define emergência como a “constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato”. Define urgência como a “ocorrência

imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial à vida, cujo portador necessite de assistência médica imediata”. Seguramente em ambas situações o cliente necessitará de atendimento imediato.

A portaria nº. 2048/GM (Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência no Brasil) no capítulo V – Atendimento Hospitalar Unidades Hospitalares de Atendimento às Urgências e Emergências, define a organização do sistema de emergência segundo os níveis de complexidade de atendimento, condições de instalações, recursos humanos e recursos materiais para o funcionamento em cada nível. O nível I (Unidades Hospitalares Gerais de Atendimento às Urgências e Emergências) são aquelas instaladas em hospitais gerais de pequeno porte aptos a prestarem assistência de urgência e emergência correspondente ao primeiro nível de assistência de média complexidade (M1). O nível II são aquelas instaladas em hospitais gerais de médio porte aptos a prestarem assistência de urgência e emergência correspondente ao segundo nível de assistência hospitalar de média complexidade (M2). E as Unidades de Referência são aquelas instaladas em hospitais gerais ou especializados, aptos a prestarem assistência de urgência e emergência correspondente M3 a alta complexidade de acordo com sua capacidade instalada, especificidade e perfil assistencial. Desta forma classificam-se em três tipos: O Tipo I, são aquelas instaladas em hospitais especializados e que contam com recursos tecnológicos e humanos adequados para o atendimento das urgências/emergências de natureza clínica e cirúrgica, nas áreas de pediatria ou traumatologia ou cardiologia. O Tipo II são aquelas instaladas em hospitais gerais e que contam com recursos tecnológicos e humanos adequados para o atendimento das urgências/emergências de natureza clínica e cirúrgica. O tipo III são aquelas instaladas em hospitais gerais e que contam com recursos tecnológicos e humanos adequados para o atendimento das urgências/emergências de natureza clínica, cirúrgica e traumatológica. Estes hospitais devem, ainda, desempenhar atribuições de capacitação, aprimoramento e atualização dos recursos humanos envolvidos com as atividades meio e fim da atenção às urgências/emergências.

Acredita-se que esta classificação, que credencia as unidades de emergência, não é acessível à população e nem de conhecimento de grande parte dos profissionais da área da saúde que atuam nestes serviços.

Para Brunner e Suddarth (2006), os membros das equipes de cuidado de saúde de emergência trabalham em conjunto na realização de habilidades altamente técnicas e práticas necessárias para cuidar de pacientes em uma emergência.

Assim é no processo de trabalho da equipe em que ficam evidentes as relações de poderes. Carapinheiro (1998) aborda sobre saberes e poderes no hospital, de grande relevância para este estudo, sendo que expõe que tem-se modificada a fisionomia das clientela hospitalares, integrando classes sociais com maiores exigências de qualidade dos atos médicos e com expectativas do hospital como lugar de alta tecnicidade e organizado sob formas de racionalidade e eficácia. Estes processos de mudança implicam no abandono das fórmulas ancestrais de gestão hospitalar, tornando mais flexível à emergência de novas estruturas de poder e a reordenação na relação de forças entre os diversos grupos profissionais que se movimentam no hospital.

A mesma autora destaca ainda que:

O hospital apresenta traços salientes de uma organização burocrática. Os hospitais modernos têm crescido em tamanho e em complexidade. O crescimento do pessoal, a multiplicação dos serviços e das especialidades médicas e o desenvolvimento tecnológico da medicina introduziram modificações importantes na estrutura hierárquica, na estrutura de poder e nos sistemas de comunicação do hospital, associando-se a este conjunto de modificações a expansão do sistema burocrático da administração profissional (IBIDEM, 1998, p.46).

Smith apud Carapinheiro (1998), considera que a hierarquia de autoridade no hospital inclui uma linha de autoridade que desce da administração ao pessoal hospitalar colocado na base da pirâmide hierárquica, fixando-se de uma forma mais

ou menos explícita a autoridade e a responsabilidade atribuídas a cada nível da hierarquia e os respectivos sistemas de comunicação.

No entanto, numa análise mais atenta e minuciosa da organização quotidiana do hospital, emerge uma segunda linha de autoridade, com origem no poder carismático que os médicos detêm pelo fato de possuírem o saber capaz de curar doenças e de salvar vidas e na competência técnica que lhes permite opor e sobrepor as exigências da administração, as exigências decorrentes do trabalho clínico e a defesa dos privilégios profissionais no interior do hospitalar (CARAPINHEIRO,1998).

Também torna-se importante utilizar o discurso de Foucault (1998), que afirma ser a organização hospitalar um novo “Espaço de produção” , uma produção singular (a assistência médico curativa), possibilitada pela sujeição disciplinar, seja dos doentes, seja dos trabalhadores que produzem os cuidados terapêuticos. Uma produção que se afirma e se expande a partir de uma “docilização” de corpos por meio de mecanismos vinculados à organização do tempo e do espaço (pelos processos de individualização, classificação e vigília).

Ao pensar em relações de poder, o mesmo autor, nos remete a uma técnica específica de poder que ele chamou de disciplina ou poder disciplinar. Para descrever os princípios do uso da disciplina como técnica de poder, toma como exemplos o exército e a escola.

Segundo Deslandes (2002), os profissionais de emergência (como outros inseridos no processo de trabalho hospitalar) são submetidos regularmente à sobrecarga de trabalho (mental, psíquica e até física). Há uma constante pressão para tomadas de decisões rápidas (fundamentais no atendimento de emergência).

Portanto, os profissionais identificam habilidades especiais e um perfil diferenciado que não dependem só do conhecimento técnico. Há uma nítida auto-imagem que conjuga prerrogativas de iniciativa individual, capacidade de decisão rápida e domínio técnico (IBIDEM).

4. PERCURSO METODOLÓGICO

Neste capítulo, apresento a metodologia escolhida para realizar essa pesquisa, ou seja, o tipo de local do estudo, os sujeitos envolvidos, a coleta de dados e como estes serão analisados.

4.1 Tipo de estudo

A linha metodológica adotada neste estudo foi a qualitativa, em que a ótica da pesquisadora se volta ao processo de trabalho da equipe no serviço de emergência, dando maior ênfase no contexto organizacional, estrutural e nas inter-relações.

As pesquisas qualitativas para Polit e Hungler (1995), têm como premissa que o conhecimento a respeito dos indivíduos só se torna evidenciado a partir da relação da experiência humana, tal como esta é vivenciada e definida pelos seus próprios atores. Caracterizam as pesquisas qualitativas como holísticas e naturalistas.

Segundo Minayo (2002), as abordagens qualitativas preocupam-se com o aprofundamento e a abrangência da compreensão de um grupo social, de uma política, de uma organização, em contrapartida às abordagens quantitativas utilizam a generalização a partir de amostras numéricas.

Para a mesma autora na pesquisa qualitativa a interação entre pesquisador e sujeitos pesquisados é essencial (MINAYO,2000). Polit, Hungler (1995), salientam que neste tipo de pesquisa há uma exigência máxima com relação ao envolvimento do pesquisador.

4.2 Caracterização do local do estudo

O Hospital onde foi realizado o estudo classifica-se como de grande porte localizado no Médio Vale do Itajaí-SC, de propriedade filantrópica. O hospital possui duzentos e sessenta leitos e serviço com alta complexidade em cardiologia, oncologia, neurocirurgia, sendo que realiza também transplantes cardíacos, hepáticos e renais, e ainda serviços para a população por intermédio do SUS, respeitando a legislação em vigor, porém também visa o lucro, através do atendimento aos convênios e particulares.

Atende, a clientes residentes na AMMVI (Associação dos Municípios do Médio Vale do Itajaí), conforme mapa a seguir:

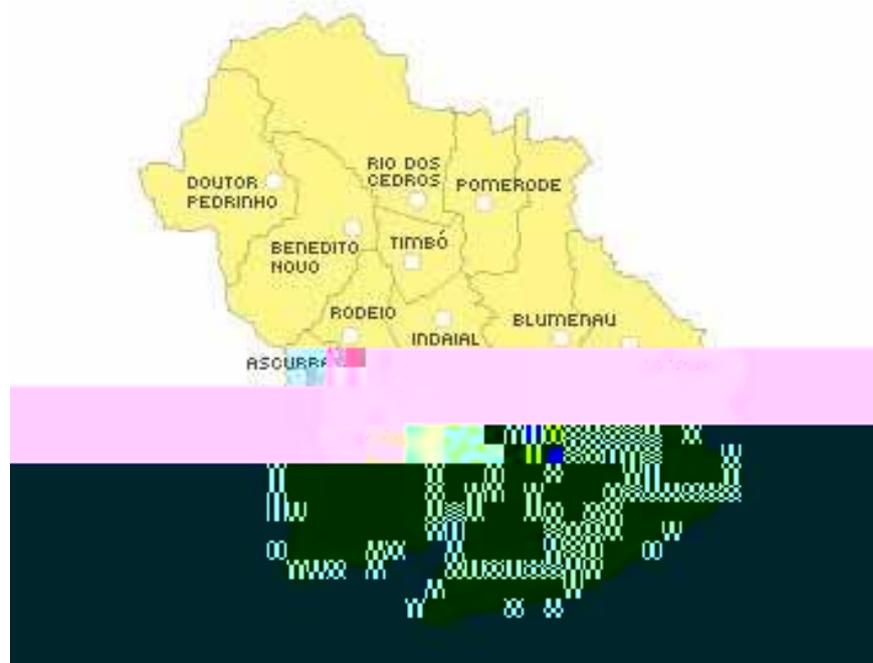


Figura 1 – Municípios da AMMVI

O serviço de emergência atende vinte e quatro horas por dia, clientes particulares, conveniados e do SUS. Os clientes são, na maioria, conduzidos até o

permanência de pacientes graves também utilizada para realização de pequenas cirurgias, uma (01) sala para repouso da enfermagem e sala da enfermeira coordenadora. Recepção do Sistema Único de Saúde (01) uma, com uma (01) sala de emergência, duas (02) salas de consultas, uma (01) sala de observação com seis leitos, uma (01) farmácia satélite, uma (01) posto de enfermagem/médico, uma (01) copa, um (01) banheiro para clientes, dois (02) quartos para repouso médico, um(01) expurgo, e dois (02) banheiros para os colaboradores.

Em relação aos recursos humanos é composto de acordo com a tabela abaixo:

Quadro 1 – Recursos humanos do serviço de emergência

RECURSOS HUMANOS	MATUTINO 07 as 13	VESPERTINO 13 as 19	NOTURNO1 19 as 07	NOTURNO2 19 as 07
Enfermeiro	02	01	01	01
Técnico de enfermagem	05	05	04	04
Médico geral (adulto)	01	01	01	01
Pediatra	01	01	01	01
Cardiologista	01	01	01	01
Recepcionista	02	02	02	02
Maqueiro	01	01	01	01
Higienização	01	01	01	01

Fonte: Departamento pessoal da instituição

Os dados apresentados denotam que esta equipe de trabalho permanece no serviço vinte e quatro horas, realizando plantões de seis (06) horas no período matutino e vespertino, e de doze (12) horas no período noturno e nos fins-de-semana.

A equipe médica é composta por trinta e seis (36) profissionais, sendo que doze (12) são pediatras, doze (12) cardiologistas e doze (12) médicos gerais de diversas especialidades que atendem a clientela adulta. A organização da escala é feita pelo médico-chefe, sendo que permanece um pediatra, um cardiologista e um médico geral em cada plantão.

A equipe de enfermagem é composta por vinte e seis colaboradores (26), sendo cinco enfermeiros, vinte e um (21) técnicos de enfermagem, sendo que um (01) enfermeiro realiza oito (08) horas, permanecendo das 07:00 as 16:00 no serviço exercendo a função de coordenador do serviço.

A equipe de apoio é composta por oito (08) recepcionistas, e quatro maqueiros. A da higienização de quatro colaboradores.

Consta também uma escala de sobre-aviso de diversas especialidades, sendo acionados de acordo com a necessidades.

4.3. Sujeitos da pesquisa

A população deste estudo foi constituída por doze (12) componentes da equipe de trabalho do serviço de emergência, sendo: dois (02) de cada integrante, ou seja, dois (02) médicos plantonista adulto, dois (02) médicos plantonista pediátras, dois (02) enfermeiros, dois (02) técnicos em enfermagem, dois (02) recepcionistas e dois (02) maqueiros, oriundos de equipes de trabalho atuantes em diferentes turnos, como matutino, vespertino, noturno1 e noturno 2. Foram utilizados os seguintes critérios para inclusão no estudo: os colaboradores que estavam atuando no serviço; aqueles que possuíam maior tempo de vínculo com a instituição;

os com capacidade de expor as idéias; vínculo com o entrevistador e os que aceitaram prontamente em participar da pesquisa.

Para Minayo (2000), os maiores critérios para a seleção da amostra na pesquisa qualitativa não são numéricas, sendo que a amostra ideal é definida como aquela que dá conta da totalidade nas suas múltiplas dimensões. Entre os critérios básicos para definição da amostragem temos: definição clara do grupo social mais relevante para as entrevistas e observação, evitando o esgotamento deste sem delinear o quadro empírico da pesquisa, prevendo um processo de inclusão progressiva encaminhada pelas descobertas do campo e seu confronto com a teoria, considerando uma triangulação.

4.4 Percurso da pesquisa

O estudo foi desenvolvido em três (03) momentos os quais são descritos a seguir:

Num **primeiro momento** iniciei pelo contato com o enfermeiro coordenador do serviço de emergência e com a enfermeira diretora de enfermagem da instituição, através de um encontro, no qual apresentei a proposta do trabalho que pretendia realizar. Esse momento foi muito importante para o desenvolvimento do trabalho, pois refletimos sobre a importância da organização do processo de trabalho no serviço de emergência. Para a equipe de trabalho o projeto foi divulgado individualmente ou em encontros informais durante o turno de trabalho, mais precisamente na copa, dentro do próprio serviço de emergência.

Em seguida, **num segundo momento**, realizei o acompanhamento das atividades desenvolvidas pela equipe de trabalho com a intenção de estabelecer contato maior com as mesmas, e iniciei assim a coleta de dados com relação ao processo de trabalho no serviço de emergência, utilizando a técnica de observação.

Segundo Victora, Knauth e Hassem (2000) na pesquisa qualitativa não é uma observação comum, pois deve estar voltada para a descrição de um problema

previamente definido. O uso desta técnica se torna importante no sentido de que os comportamentos, o ambiente, a linguagem não verbal, a seqüência e a temporalidade a que ocorrem são fundamentais para a análise e estes são elementos que não podem ser apreendidos através da fala ou da escrita.

Busquei observar a equipe de trabalho em cada turno, ou seja, matutino, vespertino e noturno 1 e noturno 2, começando pela recepção, na fila de espera e no atendimento. Após as salas de consultas, de emergência, pois possuem uma dinâmica diferenciada de trabalho, como também as interações dos profissionais e com clientes e seus familiares.

Para registro destas observações utilizei um Diário de Campo, com o intuito de facilitar as anotações. Este diário foi feito em forma de folhas impressas com espaços para registrar as percepções do observador.

Para Victora, Knauth, Hassen (2000), o diário de campo caracteriza-se como registro fiel e detalhado de cada visita a campo realizada, onde o pesquisador deve registrar todas as suas impressões seguindo uma ordem cronológica de atividades e um fichário básico das pessoas envolvidas na pesquisa.

Num **terceiro momento**, realizei entrevistas semi-estruturadas, com os sujeitos da pesquisa, da equipe de trabalho do serviço de emergência, sendo realizadas doze (12) entrevistas, ou seja, duas (02) enfermeiras, dois (02) médicos gerais, dois (02) médicos pediatras, dois (02) técnicos de enfermagem, dois (02) recepcionistas e dois maqueiros. Este número de entrevistas respondeu ao critério de saturação dos dados ou reincidência de informações (Minayo, Assis, Souza, 2005).

A entrevista semi-estruturada se desenrola a partir de um esquema básico, porém não aplicado rigidamente, permitindo que o entrevistado faça as necessárias adaptações (LÜDKE, 1986).

O roteiro de entrevista (apêndice 8.1) foi realizado com a finalidade de elencar os meios de trabalho, a organização, o espaço físico e as relações de trabalho entre a equipe no ambiente de trabalho.

As entrevistas foram realizadas no próprio ambiente de trabalho, no quarto de repouso médico e na copa de acordo com a disponibilidade dos colaboradores, sendo que foi preservado o direito dos que não desejassem participar das gravações. As entrevistas foram então gravadas, sendo observado o consentimento voluntário dos participantes, e transcritas num período máximo de quarenta e oito horas. Todos os informantes da pesquisa concordaram com a gravação da mesma, para garantia da fidedignidade dos dados.

Para assegurar o anonimato das pessoas que responderam as entrevistas, designei letras para compor a seguinte legenda: a letra E quando as falas fossem de enfermeiras, a letra T quando se tratassem de técnicos de enfermagem, a M para médico plantonista, a MP para médico pediatra, R em relação aos recepcionistas e A aos maqueiros.

4.5 Análise dos dados

Para a análise dos dados coletados foi utilizado o método da análise de conteúdo, mais especificamente a análise temática.

Para Minayo (2000), a realização da análise temática implica em descobrir núcleos de sentido cuja presença ou a frequência signifiquem algo para o objetivo analítico visado.

Conforme Triviños (1987) e Minayo (1998), a análise do conteúdo não se preocupa com o produto, mas sim com o processo, valorizando os símbolos e significados, o que contribuirá para análise do diário de campo e das entrevistas que fizeram parte desta pesquisa.

Para Minayo (1998), a Análise de Conteúdo nada mais é do que um conjunto de técnicas de comunicação, na qual se visam obter os conteúdos das mensagens que permitam a inferência de conhecimentos relativos às mesmas. O contexto analítico do método de Análise do Conteúdo encaminha para a obtenção das respostas buscadas, além de favorecer a aplicabilidade de estudos e pesquisas.

Do ponto de vista operacional, a análise do conteúdo parte de uma leitura de primeiro plano para atingir um nível mais aprofundado: aquele que ultrapassa os significados manifestos (MINAYO, 1998).

4.5.1 Etapas da Análise

A análise temática operacionalmente se deu em três etapas de acordo com Minayo (2002):

Pré-análise: a leitura completa do material obtido (entrevistas e diário de campo), o que caracteriza a seleção dos dados obtidos. Nesta fase se dá a leitura flutuante.

Categorização: os dados selecionados foram então categorizados, sendo que foram utilizadas as bases teóricas propostas por Deslandes (2002), para o fornecimento da base inicial para a primeira classificação de dados. Estas categorias são: a dinâmica de trabalho, identidade profissional, relações de poder no trabalho de emergência. Houve ainda a criação de duas novas categorias conceituais através do conhecimento empírico, da situação específica do estudo, denominadas de bastidores do processo de trabalho e estrutura de atendimento

Análise Inferencial: Momento em que estas categorias identificadas foram interpretadas, ou seja, a análise propriamente dita, apoiando-se nos referenciais teóricos, nas percepções dos entrevistadores e entrevistados. Após a análise foi elaborado relatório final com as conclusões da pesquisa relacionadas ao seu objetivo.

4.6 Procedimento ético

Esta pesquisa foi submetida à avaliação da Comissão de Ética da UNIVALI, sendo aprovada em 08 de dezembro de 2005 sobre o cadastro 497/05. Os dados passaram a ser coletados após a aprovação deste projeto e exame de qualificação junto ao Curso de Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho.

Foi realizado contato prévio com a Instituição hospitalar envolvida, para que posteriormente fosse encaminhada para assinatura, a Carta de Aceite da realização da pesquisa FR 7983. Garantindo sigilo e direito de recusa de ser local de pesquisa.

Na antecedência das entrevistas foi entregue aos sujeitos da pesquisa o termo de Consentimento Livre (anexo 9.3), ficando também garantido o sigilo das identificações e informações prestadas pelos mesmos, bem como o direito de recusa de ser objeto de pesquisa, em qualquer momento decorrente da mesma.

Quadro 2 – Categorias e subcategorias

TEMA	CATEGORIA	SUB CATEGORIA
Processo de trabalho em saúde	Bastidores do processo de trabalho	<ul style="list-style-type: none"> - Perfil dos sujeitos do estudo - Atividades desenvolvidas pelos sujeitos do estudo - Jornada de trabalho - Remuneração
	Estrutura de atendimento	<ul style="list-style-type: none"> - Organização do espaço - Recursos humanos - Meio de trabalho
	Dinâmica de trabalho	
	Identidade profissional	<ul style="list-style-type: none"> - Sentimentos - Habilidades - Poder de salvar
	Relações de poder no trabalho de emergência	<ul style="list-style-type: none"> - Interação entre os profissionais e com cliente e familiares

5.1 Bastidores do processo de trabalho

Nesta categoria farei uma caracterização da equipe de trabalho com quem estabeleci um processo interativo no serviço de emergência, durante a efetivação do estudo, apresento de forma objetiva o perfil dos sujeitos do estudo, as atividades desenvolvidas pelos sujeitos do estudo, a jornada de trabalho e a remuneração.

5.1.1 Perfil dos sujeitos do estudo

Quadro 3 – Dados referentes a identificação dos sujeitos do estudo

N°	Profissão	Idade	Sexo	Escolaridade	Tempo de permanência no serviço (anos)	Vínculo de trabalho (número)
1	(A1)	35	Masc	2 ^a grau	4	0
2	(A2)	25	Masc	2 ^a grau	2	0
3	(R1)	43	Fem.	2 ^a grau	4	0
4	(R2)	36	Fem	2 ^a grau	5	0
5	(T1)	27	Fem	2 ^a grau	2	1
6	(T2)	25	Masc	2 ^a grau	2	1
7	(MP1)	36	Masc	Graduação	4	4
8	(MP2)	32	Fem	Graduação	2	3
9	(M1)		Fem	Graduação		

De acordo com o quadro acima dos doze entrevistados, oito são do sexo feminino e quatro do sexo masculino, predominando o sexo feminino. Nesse grupo a faixa etária é de vinte e quatro a quarenta e três anos. Em relação ao estado civil, quatro são solteiros e oito casados. Quanto ao tempo de formação na graduação de enfermagem variou de dois a três anos, e em relação a graduação médica variou de dois a quatro anos. Em relação ao tempo de permanência no serviço variou de oito meses a quatro anos, sendo que sete profissionais da área da saúde possuem vínculos empregatícios com outras instituições.

Entre os entrevistados médicos três eram do sexo feminino e um do sexo masculino, mas há na equipe médica uma predominância do sexo masculino e uma tendência crescente de ingresso de faixas etárias mais jovens.

Destaco que na própria enfermagem, enquanto profissão do cuidar, a prevalência dos profissionais é do sexo feminino, descrito como herança histórica.

Já em relação aos recepcionistas predomina o sexo feminino, e na equipe de maqueiros o sexo masculino.

Logo que cheguei na unidade, notei uma relação diferencial traduzida nas roupas vestidas pelas equipes de trabalho. *Notei que os médicos utilizam jalecos brancos, porém quase sempre acompanhados do estetoscópio pendurado no pescoço, no qual se diferencia dos outros profissionais, e que também traz em si um valor social. Encontrei as enfermeiras de branco e com um colete azul, com identificação como “chefe” da equipe de enfermagem, os técnicos de enfermagem utilizam roupas brancas com jalecos brancos. Os recepcionistas e maqueiros usam calças azuis e blusas brancas padronizadas pelo hospital (diário de campo).*

Percebo que estes uniformes, vestidos por cada membro da equipe, assegura o reconhecimento da hierarquia profissional e da função, também auxiliando a clientela a identificá-los.

5.1.2 Atividades desenvolvidas pelos sujeitos do estudo

Para perceber e entender melhor o processo de trabalho neste serviço, acompanhei as atividades desenvolvidas por esta equipe de trabalho.

Iniciei pelo trabalho médico e observei que na maioria das vezes o atendimento ao cliente é realizado pelos residentes e acadêmicos de medicina, supervisionados pelo médico de plantão. Após o atendimento, em conjunto, discutem e decidem quais são os prováveis diagnósticos, medicação, procedimentos, exames a serem realizados e também as prioridades, realizando a prescrição no prontuário. Realizado os cuidados necessários para estabilização hemodinâmica do cliente, quando necessário, o mesmo é encaminhado ao raio x, tomografia de crânio e ultra-som abdominal, que auxiliam a equipe médica no diagnóstico definitivo. Dependendo do diagnóstico são chamados os médicos e/ou os residentes das especialidades de acordo com a escala disponível no serviço. É o médico que decidi o destino deste cliente, em relação a solicitação de internação na unidade de terapia intensiva, centro cirúrgico, unidade de internação, transferência, observação na emergência, atestado de óbito ou alta hospitalar.

Isso expressa que o médico decide sobre o processo de tratamento dos clientes, sendo que o estudo de Pires (1999), refere que o trabalho médico é necessário, especialmente para fazer com que muitos equipamentos funcionem e para que procedimentos sejam realizados, gerando receita.

Com relação a equipe de enfermagem notei durante as observações que os enfermeiros assistenciais revisam o material de emergência, supervisionam a equipe de enfermagem, realizam procedimentos específicos, participam dos cuidados em situações de urgências e emergências. Quanto ao enfermeiro coordenador, este participa de várias reuniões representando o serviço, organiza o trabalho e os recursos humanos. Os técnicos de enfermagem verificam sinais vitais, administram medicação, preparam os materiais para procedimentos, circulam a sala de procedimentos, acompanham o cliente até o raio x e exames complementares.

Fica nítido que cada membro da equipe de enfermagem possui funções determinadas fragmentando o cuidado. Pires (1999), também se reporta a divisão do trabalho em enfermagem assinalando que os profissionais têm graus de formação diferenciados e dividem o trabalho, seja nos “cuidados integrais”, seja nos “cuidados funcionais”, garantindo ao enfermeiro o papel de detentor do saber e de controlador do processo de trabalho da enfermagem, cabendo aos demais trabalhadores de enfermagem o papel de executores de tarefas delegadas.

Silva (1996), expressa o processo de trabalho de enfermagem em uma rede ou sub-processos que são denominados em cuidar ou assistir, administrar ou gerenciar, pesquisar e ensinar. No entanto, não foi observado durante o processo de trabalho do enfermeiro atividades de ensino e de pesquisa, somente os gerenciais e assistenciais.

Quanto aos recepcionistas e maqueiros considero-os como integrantes desta equipe de trabalho, e passarei a denominar suas atividades como “atividades de apoio” de acordo com Pires (1999).

Ficou muito fácil observar esses profissionais, pois se mostraram acessíveis e valorizados em participarem do estudo.

Observei que os recepcionistas realizam o registro dos clientes e também executam a cobrança de alguns procedimentos e atendimentos não considerados de urgências ou emergências. Já os maqueiros orientam, acolhem e controlam a entrada e saída de pessoas.

Desta forma, posso dizer que ambos possuem um papel importante, pois são eles que acolhem os clientes e familiares, no primeiro contato dos mesmos com este ambiente, sendo muitas vezes pressionados pela demora no atendimento e por informações, tendo como consequência nível de estresse elevado.

Outro dado importante revelado é que a maioria dos entrevistados não se ocupa exclusivamente do serviço de emergência, mantendo vínculos empregatícios, em duas ou três instituições de saúde.

5.1.3 Jornada de trabalho

Apresento, a seguir, algumas falas que retratam a jornada de trabalho dos sujeitos do estudo.

“... o médico **tem uma carga horária** bem grande, então, as vezes você esquece de uma coisa, é o cansaço, ficou uma ou duas noites sem dormir...” (MP1).

“**Hoje estou cansada**, já estou acordado há 24 horas, espero que seja calmo” (T).

“Eu também, no hospital X, estava agitado, andei muito, estou até **com dor nas pernas**, nem tempo para o café foi possível (T).

“Esta noite vocês me **deixem dormir um pouco**. Estava de plantão na instituição X, e amanhã tenho cirurgia às 08:00 h da manhã” (M).

5.1.4 Remuneração

Devido ao motivo da remuneração a equipe médica e também da enfermagem, sendo que não manifestaram-se submetem-se a longa jornadas de trabalhos.

Destaco as seguintes falas:

“... porque se avaliarmos em um contexto geral o médico não **ganha um salário baixo**, mas para aquilo que se desenvolve o salário está muito tempo no mesmo patamar (MP1)..

“... **o salário é fraco**, muito fraco.... É muito pouco o que eu ganho aqui, para um pai de família” (A1).

Fica nítido, nestas falas, as condições de trabalho e o cansaço físico devido as longas jornadas de trabalho, porém o estudo de Laverde (2003), demonstra que associado a jornada de trabalho identifica-se que grande parte das atividades profissionais em um hospital exige muito esforço físico, levando-se em conta que as pessoas permanecem de pé na maior parte do dia e que seu trabalho físico pode ser extenuante, sendo que o trabalho dos médicos não é exceção, além dos profissionais da enfermagem, do pessoal de segurança, entre outros.

No entanto, as recepcionistas e os maqueiros tem o serviço de emergência como ocupação única. Provavelmente isto se explica pelo fato de a maioria das organizações não hospitalares exigirem uma jornada de trabalho de oito horas, tornando inacessível mais vínculos. Penso ser importante ressaltar, em relação aos maqueiros, que estes desenvolvem trabalhos repetitivos, tendo a remuneração mais baixa e a possibilidade de promoção é mínima.

Na entrevista, a fala de uma enfermeira reporta a insatisfação de trabalhar no final de semana.

*“ O fato de trabalhar **final de semana** também não é fácil” (E2).*

Esta equipe de trabalho também possui um horário de trabalho diferenciado de muitas outras instituições não hospitalares que predomina, tendo muitas vezes que deixar suas famílias, seus amigos, abrindo mão de momentos de lazer com os mesmos, pelo trabalho nos finais de semana.

Observei uma situação onde dois médicos trocavam plantão para o final de semana devido um encontro de família, como também notei um técnico de enfermagem solicitando o mesmo à enfermeira sem sucesso.

Posso dizer que a equipe médica possui uma maior flexibilidade em sua jornada de trabalho em relação aos outros membros da equipe de trabalho.

Diante da sobrecarga de trabalho da equipe, do cansaço físico, da baixa remuneração, da insatisfação de trabalhar final de semana, o cliente que precisa do serviço de emergência pode ser prejudicado, a mercê de um tratamento precário sem a garantia da qualidade requerida.

Assim, abrindo a porta do serviço de emergência, é esta equipe de trabalho vestindo seus figurinos que vamos encontrar nos bastidores deste cenário diferenciado, tendo suas particularidades e desenvolvendo suas atividades para que a cena de atendimento ao cliente em estado crítico ocorra de forma adequada.

5.2 Estrutura de Atendimento

A seguir descreverei o espaço físico, os recursos humanos e os meios de trabalho do serviço de emergência onde se deu o estudo, sendo que cada lugar do espaço físico se diferencia pela ocorrência de acontecimentos, pelos profissionais que ali circulam e pelo comportamento esperado dos clientes e familiares que fazem usos destes.

Considerando a classificação dos serviços de urgência/emergência, o serviço em questão é uma Unidade de Referência do Tipo II, adequada para o atendimento das urgências/emergências de natureza clínica, cirúrgica. *Porém observei que realiza também o traumatológico, pelo perfil da demanda da clientela, mas não é credenciado do Tipo III, por não possuir os equipamentos necessários.*

5.2.1 Organização do espaço

Baseando-se nestas normas, um serviço do Tipo II, deve dispor das seguintes instalações mínimas: sala de recepção e espera (com sanitários para usuários), sala de arquivo de prontuário médico, consultórios médicos, sala para suturas, sala para curativos contaminados, sala para inaloterapia/medicação, sala de reanimação e

estabilização, salas de observação masculina, feminina e pediátrica (com posto de enfermagem, sanitários e chuveiros, farmácia, expurgo, central de material esterilizado, rouparia, necrotério, almoxarifado, sala de descanso para funcionários (com sanitários e chuveiros, vestiário para funcionários, copa, depósito de material de limpeza, local de acondicionamento de lixo.

Há diferença em alguns aspectos, entre o que é preconizado e o que foi encontrado, ficando evidente nas falas a seguir:

*“... a dificuldade maior aqui, no nosso serviço de emergência, **é o espaço físico**, que é muito pequeno em relação a quantidade de pacientes atendidos”(A2).*

*“... o serviço de emergência tem uma demanda muito grande e precisa **ser aumentado**... (T2).*

*“... infraestrutura, **um pequeno local** para ser um hospital com pacientes de alto custo...então **é um local pequeno** para muito paciente que a gente tem que avaliar...” (M1).*

Como pode se perceber, as falas retratam que o espaço físico é pequeno, em relação ao número de colaboradores, clientes, familiares que transitam neste local, tornando-se um agravante acabando por interferir nas atividades desenvolvidas por esta equipe.

Desta forma é necessário descrever como é o espaço físico da unidade tendo com base os aspectos levantados durante a etapa da observação.

A unidade de emergência ocupa uma parte do andar térreo do hospital e sua estrutura física externa está distribuída em um espaço destinado ao atendimento de clientes que possuam convênios e particulares e, outra parte, ao Sistema Único de Saúde, porém internamente esta possui uma divisória com porta sanfonada, sendo que a equipe de saúde que atua em ambos os locais é a mesma .

A área destinada aos convênios e particulares, possui ar condicionado central, com uma boa ventilação, ambiente claro e higiênico e com sanitários. Na recepção onde os clientes e seus familiares aguardam o atendimento permanece uma recepcionista, sendo oferecido café, chá, revistas e televisão (diário de campo). Segundo a equipe de trabalho, está orientado atender consultas eletivas ou intercorrências clínicas mais simples. Porém a sala de consulta e observação pediátrica é utilizada para atendimento de todas as crianças que procuram o serviço, sendo que os familiares, acompanhantes e crianças aguardam pelo atendimento em recepções diferenciadas. A sala de realização de procedimentos é utilizada quando necessário para clientes em isolamento ou clientes graves em ventilação mecânica que aguardam vaga na unidade de terapia intensiva.

No hall de entrada da recepção SUS encontra - se as macas e cadeiras de rodas, utilizadas para locomoção dos clientes. O ambiente é claro e quente principalmente no verão, pois possui apenas dois ventiladores. Este serviço não possui uma porta de entrada exclusiva para emergência utilizando a mesma dos pacientes que aguardam por atendimento. Esta entrada nem sempre permanece livre de obstáculos, o que seria ideal para permitir a entrada rápida nas situações de emergência. Pensando na segurança da equipe de trabalho, que fica muito exposta, esta porta de entrada possui uma trava elétrica, sendo que somente é aberta pela recepcionista.

Para ser atendido o usuário do SUS enfrenta fila na recepção nos horários de maior fluxo, para o preenchimento da ficha com seus dados pessoais, e mais uma fila para entrada na sala de consulta. Nesta recepção onde permanece aguardando várias horas, encontram-se poltronas confortáveis, bebedouro, televisão, e dois banheiros.

Neste local permanece um “maqueiro” e uma recepcionista, devidamente uniformizados, facilitando a identificação, devido ao grande fluxo de pessoas. O “maqueiro” controla a entrada e saída de pessoas.

No posto de prescrição médica e de enfermagem o ambiente é muito pequeno, barulhento, com ar condicionado. Neste local ocorre um entra e sai

contínuo de profissionais que atuam neste setor, pois são concentrados o material para a realização dos procedimentos, assim como os prontuários dos clientes.

Na sala ao lado, situa-se uma farmácia satélite, que possui contato interno com o posto de prescrição médica e de enfermagem, sendo que todo material médico hospitalar está guardado neste local, permanecendo um colaborador, com objetivo de controlar a entrada e saída do material.

Seguindo o corredor, encontra-se a sala de observação adulta, não possuindo ventilação natural, com ar condicionado central. Muitas vezes apeseta-se com cheiro de urina, pequeno, com duas poltronas e cinco macas. Neste local permanece os clientes em observação e também os internados com seus familiares quando permitido até os leitos serem liberados. A distância entre uma maca e outra dependendo do fluxo, é de zero centímetros. As macas são estreitas, desconfortáveis, e às vezes, quando o hospital está lotado, os pacientes podem permanecer até vinte e quatro horas neste local. A equipe de saúde tem dificuldade para caminhar neste local, devido a superlotação. No espaço da sala de observação onde se espera que o doente permaneça se possível, para não atrapalhar a rotina, quando necessário deslocam-se com a enfermagem para fazer exames. É comum ouvirmos o enfermeiro perguntar ao cliente, que caminha no corredor, para saber onde ele vai .

No final deste corredor, localiza-se o espaço da equipe de saúde, separado por uma porta sanfonada, do espaço dos clientes. Este local possui os quartos de conforto de plantão pediátrico e clínico, ambos com ar condicionado, telefone, televisão e cama confortável. Este é um lugar que pertence exclusivamente aos médicos. Banheiros com chuveiro, masculino e feminino, exclusivo para os colaboradores. A equipe de enfermagem e a recepção não possuem um quarto de conforto exclusivo, sendo que utilizam a sala da coordenação, onde torna-se pequena, somente contendo poltronas, sem televisão, e pouca ventilação. Na ausência de emergências e quando possível tiram sua hora de folga, que é autorizada por lei, no chão ou em macas vagas de clientes, estreitas e desconfortáveis, no qual amenizam cobrindo com cobertores. Em relação à parte administrativa, muitos expõem o pensamento de que a enfermagem não necessita deitar em sua hora de folga.

A copa é pequena, cabe no máximo duas pessoas e é o espaço mais utilizado pela enfermagem, visto também como um refúgio, pois naqueles dias que o fluxo é contínuo e a pressão é muito grande, é o local utilizado para respirar fundo, trocar idéias com os colegas de trabalho e renovar as energias. Fica evidente como a enfermagem respeita o espaço de conforto dos médicos, entrando somente quando necessário e com autorização dos mesmos.

No outro lado do corredor, situa-se a sala de emergência, que é uma sala diferente de todas as outras do serviço de emergência, contendo materiais específicos e necessários, como, desfibrilador, monitor cardíaco, eletrocardiograma, bomba de infusão, carrinho de emergência, oxímetro, oxigênio e materiais para aspiração.

Uma situação chamou-me atenção na sala de emergência no momento em que a equipe foi informada da chegada de um cliente em situação crítica, onde imediatamente ocorreu um grande alvoroço. A equipe de enfermagem checando os equipamentos e materiais necessários, enquanto outros colocavam suas luvas e aventais para proteger-se. Ficou nítido que a equipe de trabalho, neste momento, dedica-se, para que tudo esteja preparado. Após a estabilização do cliente, percebeu-se que o atendimento exigiu da equipe de trabalho muita agilidade, destreza, decisões e pensamentos rápidos. Este ambiente tornou-se desordenado, com o propósito de ser útil à emergência. Nesta sala a forma de atendimento é diferenciada, é um local onde tudo deve estar pronto em qualquer momento para que a cena do atendimento ao cliente, vítima de emergência, aconteça, dependendo do sincronismo de toda equipe.

Para o atendimento aos clientes do SUS, somente duas salas são utilizadas para consultas, sendo que uma delas é a de emergência.

Em dado momento, um cliente que estava na observação sentiu intensa dor no peito, então a técnica de enfermagem retirou com muita pressa o cliente que estava na sala de emergência colocando aquele cliente que não estava bem. O mesmo cliente ficou assustado com toda aquela movimentação, não entendendo nada do que estava acontecendo.

Identifica-se neste relato que a sala de emergência não é exclusiva para emergência e urgência, utilizada para consultas eletivas, a outra sala é utilizada para consultas e suturas.

Nesse hall, também se localiza um único banheiro sem chuveiro, para os clientes e acompanhantes, com cheiro forte de fezes e urina. Nas situações que necessitem de banho de aspersão, não há como realizar este cuidado .

Em frente a estas salas, há um espaço vazio, utilizado como corredor, porém em dias de grande demanda, encontramos clientes sendo atendidos nas macas, aguardando leitos e em observação, onde permanecem visualizando todo o trabalho realizado neste serviço.

No segundo andar, como serviço terceirizado, situa-se o raio X, tomografia computadorizada, ultra-som e laboratório de análises clínicas. O cliente que necessita desses serviços tem que se deslocar da emergência pelo elevador para chegar no RX quando necessário.

Destaco a seguinte fala:

*“... seria bom o RX **pertinho do pronto socorro**, né. centro cirúrgico também não precisava ficar **tão distante né...**” (A1).*

O serviço de RX e a unidade de centro cirúrgico ficam distantes do serviço de emergência, requerendo um tempo maior para o deslocamento do cliente, que em situações de emergência é primordial.

Encontra-se a unidade de terapia intensiva no primeiro andar e o centro cirúrgico no sexto andar.

O enfermeiro não possui uma sala exclusiva para ele e também não há uma sala para conversar com os familiares dos clientes, sendo que estes são muitas vezes informados no meio do corredor e algumas vezes, quando possível em salas vagas de consultas.

O espaço físico limitado interfere no processo de trabalho desta equipe.

Portanto, esta unidade de emergência apresenta uma infra-estrutura deficitária, que necessita de recursos físicos e humanos para prestar cuidados de forma competente e eficaz aos seus clientes.

5.2.2 Recursos humanos

O serviço consta com os recursos humanos preconizados de acordo com as normas que são: ter responsável técnico (médico com Título de Especialista em sua área de atuação profissional), equipe médica e enfermagem com enfermeiro coordenador, assistencial e técnico de enfermagem.

Destaco as seguintes falas:

*“... **colocar mais funcionários para trabalhar** no serviço de emergência. Fica muito tumultuado, e acaba sobrecarregando a equipe” (T2).*

*“... uma das **deficiências é o trabalhar sozinho**, se a gente tivesse um colega trabalhando junto melhor” (MP1).*

*“... **tem pouco pessoal**, o que seria necessário. Tanto médicos como o pessoal da enfermagem, nos horários de pico...” (M1).*

Através destas falas, identifica-se que esta unidade possui os profissionais preconizados, porém numericamente parece insuficiente, principalmente no horários de pico .

Na literatura não foi encontrado um dimensionamento de pessoal exclusivo para equipe de trabalho do serviço de emergência. Em relação a equipe de enfermagem o COFEN (Conselho Federal de enfermagem), no Art 2 da Lei n

7.498/86, determina o referencial mínimo para o quadro de profissionais de enfermagem, para as 24 hr de cada unidade de internação, sendo que pode ser adaptado ao serviço de emergência. Porém para realização deste cálculo, é necessário o Sistema de Classificação de Pacientes (SCP), as horas de assistência de enfermagem, os turnos e a proporção funcionários/leito.

De acordo com Laverde (2003), as estatísticas sobre a ocupação de cada serviço, ou de situações especiais podem indicar as tendências de crescimento e as necessidades de pessoal.

Assim, os recursos humanos constituem a equipe de trabalho, que necessita dos meios de trabalho para realizar o processo de trabalho. De acordo com Pires (1989), os meios de trabalho, um dos momentos do processo, representam uma coisa ou complexo de coisas que o trabalhador coloca entre si mesmo e o objeto de trabalho a fim de direcionar a sua atividade sobre esse objeto.

5.2.3 Meios de trabalho

Utilizando-se como meios de trabalho as tecnologias referidas por Merhy (2005), podem ser classificadas como, leves, leves-duras e duras.

Em relação as leves, que é constituída entre a relação do profissional com o cliente, onde podemos considerar o ato de cuidar, o acolhimento, a própria autonomia do profissional, percebemos alguns conflitos como demonstra as falas a seguir:

*“...**há falta de respeito entre** pacientes acompanhantes e entre o pessoal médico e da enfermagem...” (M2).*

*“... quando você volta a atender o outro paciente **ele briga com você**, como se você não estivesse fazendo nada” (MP2).*

Fica expresso nas falas o conflito entre equipe de trabalho e clientes/acompanhantes, pois os profissionais possuem seus próprios interesses e um saber especializado, impondo ao cliente uma ordem. Porém, esses clientes e acompanhantes não conhecem a dinâmica deste serviço, como também muitas vezes não são informados da demora do atendimento, do resultado do exame, do diagnóstico.

Atualmente, através de uma nova visão, estes clientes e acompanhantes são vistos pelas instituições de saúde como consumidores de serviços e têm o direito de ser informados, porém não são todos os profissionais que agem e pensam desta forma.

Já as tecnologias classificadas como duras o serviço conta com o essencial, ou seja, medicamentos mais usados, estetoscópio, esfigmomanômetro, oxigênio, macas, roupas, material de entubação, carro de parada cardíaca, monitores, desfibrilador, computadores, ambú, entre outros.

Destaco a seguinte fala:

*“Antes a gente tinha **bastante dificuldade em material**, por exemplo: oxigênio, a bomba não funcionava, o aspirador que não funcionava, o laringo que não tinha sido conferido. Mas agora está bem melhor neste aspecto, mas a gente ainda encontra alguma dificuldade, às vezes **tira o oxímetro daqui, ou estraga e não repõe**” (M1).*

Apesar de estar melhor a equipe ainda enfrenta momentos de stress como observado durante um atendimento de emergência ao portador de politrauma, vítima de queda de moto, em via pública conduzido pelo corpo de bombeiros. Houve uma falha no material essencial, gerando como consequência estresses à toda equipe de saúde que estava atuando. Nesta situação não houve consequências para o cliente pois havia outro ambú na sala e portanto foi substituído.

*“... **o ambú não está funcionando** direito” (M).*

*“A gente fala para **comprar ambús novos** para emergência, mas não adianta” (T).*

*“Tenho vontade de jogar **no lixo este ambú**” (E).*

A situação descrita permite a identificação da não realização de manutenção preventiva, que seria a inspeção do material, para mantê-lo em bom estado de funcionamento. Em seus estudos de administração hospitalar, Alfonso (2003), coloca que para execução das atividades de manutenção da infra-estrutura física são destinados escassos recursos e que o problema não é a falta de equipamentos médicos, mas a falta de recursos econômicos, físicos e humanos que não contribui para as condições de funcionamento ou, simplesmente, não são usados.

Este serviço, também possui os recursos tecnológicos mínimos e indispensáveis para propedêuticas e terapêuticas do atendimento das urgências e emergências, tais como: radiologia, ultra-sonografia, análises clínicas laboratoriais, eletrocardiografia, unidade de terapia intensiva, tomografia computadorizada, endoscopia, banco de sangue, anestesiologia.

Entre os serviços de apoio, o mais utilizado é o serviço de radiologia e de análises clínicas laboratoriais, que nesta instituição são terceirizados, sendo que não houve reclamação em relação a qualidade e tempo de entrega dos exames.

Atualmente as instituições de saúde tem optado por serviços tercerizados, com a finalidade de otimizar a produção, a qualidade, o lucro e a competitividade. Segundo Queiroz (1998) a terceirização é definida quando determinada atividade deixa de ser desenvolvida pelos trabalhadores de uma empresa “A” e é transferida para outra empresa “B”, então, chamada “terceira”.

Diariamente notei que a equipe de trabalho deparava com situações de clientes entre a vida e a morte, como vítimas de acidentes de motos, politraumas,

atropelamentos, traumatismo crânio-encefálico, no qual exigia conhecimentos científicos adequados para elaborar decisões rápidas, durante a prestação do cuidado .

Desta forma verifica-se a necessidade constante de treinamentos, cursos de aperfeiçoamento, para esta equipe de trabalho. Portanto, em relação aos profissionais entrevistados de curso superior, nenhum é especialista na área de emergência, sendo que quatro médicos possuem ATLS (Suporte Avançado de Vida ao Trauma).

Entre os entrevistados houve um médico que relatou:

*“... a capacitação dele fica um pouco deficiente, no meu ver na parte da emergência, **a capacitação, o treinamento, curso...**” (MP1).*

Esta fala deixa evidente que o desenvolvimento e a atualização dos saberes são deficientes. Porém para aquisição destes saberes são necessários investimentos financeiros, mas que a instituição não os apóia, segundo relatado de um enfermeiro.

Considero importante ressaltar que esta equipe de trabalho possui uma longa jornada de trabalho com salários insuficientes, e que estes fatores fazem com que possuam menos tempo para dedicar-se a aquisição dos saberes.

Contata-se que estamos bem longe do ideal onde todos os médicos de plantão tivessem o ATLS (Suporte Avançado de Vida no Trauma), os cardiologistas o ACLS (Suporte Avançado de Vida em Cardiologia), os pediatras o PALS (Suporte Avançado de Vida em Pediatria), os enfermeiros ATLSN (Atendimento de Suporte Avançado de Vida no Trauma para Enfermeiros) e os técnicos de enfermagem o SBV, (Suporte Básico de Vida).

Certamente, através do aperfeiçoamento dos saberes tecnológicos esses profissionais poderão prestar um atendimento inicial de forma adequada e em tempo hábil.

Portanto, o trabalho em saúde é gerado por diferentes tecnologias, proveniente do modo de produção capitalista, que marcam os serviços de emergências.

Entretanto, para que o processo de trabalho aconteça de modo adequado no serviço de emergência é essencial estrutura física apropriada, recursos humanos atualizados e tecnologias leves, leves-duras e duras adequadas.

5.3 Dinâmica de trabalho

Segundo as informações coletadas a categoria dinâmica de trabalho refere-se a demanda ambulatorial, a triagem, e aos clientes internados no serviço de emergência.

Em relação à demanda ambulatorial destaco as seguintes falas:

*“... como vêm muitos pacientes para consulta, **para atendimento ambulatorial**, que não é considerado aquela emergência acaba atrapalhando” (A2).*

*“Então vem para cá um monte de coisas que **deveriam ser ambulatoriais...** então a gente perde muito disto, de atender pacientes mais graves para ficar avaliando pacientes mais simples que poderiam ser **resolvidos ambulatoriamente**” (M1).*

Percebe-se nas falas que o serviço de emergência é procurado cada vez mais para atendimentos ambulatoriais, provavelmente devido à insuficiência da oferta de serviços de atenção primária e secundária, levando assim a superlotação dos

serviços, com situação que não se caracteriza como urgência e emergência, desvirtuando a principal finalidade.

Este problema não é exclusivo deste serviço, sendo realidade em vários outros locais como Barakat (2004) relata em seu estudo, que a superlotação de serviços de emergência é um problema sério de grande relevância do sistema de saúde. Os estudos que enfocam esse tema vêm tomando proporções na literatura internacional. O que se vivencia há mais de uma década são prontos socorros lotados devido a um deslocamento da população em direção a estes serviços, configurando-os como prestadores de atenção primária de assistência à saúde. E não de fato, destinados ao atendimento de emergência.

Destaco um diálogo entre um médico e um residente na sala de procedimentos, em um dia quente, onde no início do plantão havia dezessete (17) clientes aguardando atendimento e mais um cliente crítico vítima de atropelamento em ventilação mecânica, aguardando vaga para unidade de terapia intensiva e cinco internados na sala de observação em média há seis (06) horas, sem previsão de leito.

“É certo, pois de todas estes clientes que estão aguardando atendimento, a maioria não é emergência.” (M).

“Para eles, é fácil procurar a emergência, do que a Unidade de Saúde, pois mesmo que esperam horas, têm a certeza de que vão ser atendidos, e muitas vezes já saem com exames prontos” (residente).

Este diálogo demonstra que a população na tentativa de aliviar suas angústias, vem em busca de assistência, sendo que o serviço de emergência torna-se a porta de entrada para os demais níveis de atendimento. Sobre este fato, que Furtado (2004), considera que o serviço de emergência é a porta de entrada para atendimentos de atenção geral. Essa característica se dá de fato, por disponibilizar de serviço que funciona 24 horas com profissionais capacitados em atender emergência clínicas e traumáticas. Dessa forma, a população a entende como alternativa rápida de resolutividade para seus problemas.

Devido a esta alta demanda ambulatorial tem-se as filas na recepção. Ressalto aqui a minha permanência em uma segunda feira à tarde na recepção, onde havia fila para realizar ficha de atendimento, em média oito clientes, e ainda doze clientes aguardando para serem atendidos. Então uma situação chamou-me atenção onde o maqueiro, várias vezes, através dos seus conhecimentos leigos, julgava a aparência do cliente, encaminhava o mesmo para o corredor interno do serviço de emergência e comunicava a enfermeira que o cliente não tinha condições de esperar lá fora pelo atendimento, sendo que em um certo momento o técnico de enfermagem disse para enfermeira:

- Ele hoje está colocando todos os pacientes para dentro, o corredor está cheio.

- Preciso colocar, eles ficam reclamando lá fora, muitas vezes são agressivos (A).

Como também um cliente na recepção questionou o maqueiro:

- Eu estou aqui aguardando faz tempo, e você coloca este outro paciente na minha frente que acabou de chegar.

Porém os clientes conduzidos pelo corpo de bombeiros e ambulâncias não aguardavam na recepção.

Assim, neste serviço a triagem é realizada pelo maqueiro através de seus conhecimentos empíricos onde acaba comprometendo seriamente o atendimento, e que deveria ser um serviço realizado por um profissional de nível superior, ou seja, médico, enfermeira, pois a triagem é caracterizada como atendimento aos pacientes críticos que necessitam de assistência médica imediata. Também percebe-se que esta avaliação feita pelo maqueiro, muitas vezes, ocasiona conflitos entre a equipe de saúde e o maqueiro, como também entre os clientes/acompanhantes e o maqueiro, sendo que é pressionado pela população pelo atendimento e acaba colocando clientes para dentro que poderiam aguardar pelo atendimento, como também outros que aguardam e que deveriam receber atendimento imediato.

Outro fato observado na dinâmica de trabalho foi a permanência dos clientes internados na sala de observação aguardando liberação de leitos. Uma conversa no

posto médico e de enfermagem durante a passagem de plantão do período vespertino para o noturno chama atenção.

- Hoje é meu último dia de ficar com os internados. Ainda bem! (T)

- Amanhã já sou eu (T).

- Eu não gosto de ficar com os internados (T).

A equipe de saúde presta assistência a esses clientes que aguardam liberação de leitos para internação, sendo que permanecem na sala de observação em macas estreitas, não oferecendo nenhum conforto .

Através do diálogo entre as duas técnicas de enfermagem, ortor

Assim, esta equipe de trabalho, além da identificação com a unidade de emergência deve possuir um perfil diferenciado, no qual Figueiredo, Santos, Machado (2006), referem que é exigido do profissional uma experiência e um conhecimento bem específico e particular sendo que deve conhecer as diferentes situações e suas conseqüências no organismo; possuir competência técnica e habilidades com tecnologia; possuir habilidade e destreza manual e corporal; possuir disposição para trabalhar em situações extremas, de risco, não consideradas normais. É também essencial que este profissional esteja sempre tranquilo, sereno e seguro.

Os discursos manifestam as condições de trabalho e as reflexões oriundas do cotidiano do serviço.

Uma das entrevistadas relata:

*“...na verdade **eu acho que eu dou meio pra coisa**, não é qualquer um que agüenta, não é qualquer um que consegue...” (R1).*

Através desta fala, identifica-se que o profissional tem a visão que o profissional da emergência tem um diferencial e que este lhe possibilita superação humana frente a quaisquer agruras do que se apresentarem.

5.4.1 Sentimentos

Observa-se também que as ocorrências afetam a equipe e reforçam certos traços que são valorizados no profissional, como a valorização da técnica, como pode ser observado no episódio abaixo:

Durante um atendimento de emergência a um cliente vítima de queda de altura observei que esta equipe de trabalho, tinha neste momento como objeto de

trabalho, um cliente com risco de vida, onde primeiramente estabilizaram o mesmo, através das técnicas e procedimentos.

Notei que esta situação mobilizou profundamente toda a equipe, que valorizou a técnica, pois esta era essencial para este momento considerado crítico, como também poderia ser uma estratégia criada por esses profissionais para evitar seu envolvimento emocional, o que poderia prejudicar o atendimento.

Observe as falas a seguir:

*“... as vezes eu penso que **eu poderia me comover** mais com as coisas, o dia a dia faz com que a gente **seja mais frio**, eu já **me esforcei para mudar**, mas poderia me esforçar mais” (E2).*

*“...você tenta se manter da forma mais empática possível, ou seja, sempre na parte técnica, o que eu posso fazer? **A parte sentimental eu deixo em segundo plano** (MP1).*

Percebe-se que esses profissionais, criam um mecanismo de defesa, negando seus próprios sentimentos, diante de situações críticas. Para eles é mais um cliente em situação de emergência que pode ser salvo ou não. Esta situação também é evidenciada por Bruno e Oldenburg (2005) , pois relatam que o tipo de clientela, a agitação própria desse ambiente e a necessidade de garantir a manutenção da vida das pessoas freqüentemente levam o “ser humano/profissional” a se esconder debaixo de rotinas e protocolos. Assim, para não se expor aos conflitos próprios da convivência com o sofrimento e a morte, muitos se tornam verdadeiras máquinas de prestar assistência.

Além da fuga em relação aos sentimentos, essa equipe de trabalho convive com estresse, como revelam as falas a seguir:

*“Particularmente eu me sinto bem, mas é um **setor bastante estressante**” (M2).*

*“**Na hora da emergência é estressante.** O estresse de estabilizar o paciente é grande” (MP2).*

Nestas falas fica implícito que o serviço de emergência é um ambiente estressante, pois a clientela que está entre a vida e a morte, como também seus acompanhantes e/ou familiares, exigem desta equipe de trabalho uma enorme energia emocional, como também agilidade e rapidez nas decisões, desta forma ocorre um desgaste emocional e físico muito grande.

Neste ambiente, esta equipe de trabalho também relatou preocupação e apreensão, como também referem os estudos de Coelho, Figueredo, Carvalho (2006), que nas salas de atendimento de emergência, o inesperado constitui rotina, pois trata-se de um local estressante, que leva à angústia, apreensão e ao sentimento de medo.

Observe as seguintes falas:

*“...**umenta a preocupação** talvez, de que tem que salvar aquela pessoa, independente de quem for, pois você não sabe a história...” (T1).*

*“A gente **fica um pouco apreensivo** mas, acho que até vocês o pessoal da enfermagem por ser um paciente que está em risco de morte, a pessoa ta aí vai e não vai” (A2).*

Eles deixam bem claro que essa preocupação e apreensão, são conseqüências da responsabilidade que essa equipe de trabalho possui em salvar a vida, e estas vidas dependem do desempenho desta equipe de trabalho.

Ainda relatam que lidam com o sofrimento, como na fala a seguir:

*“na emergência **tem o sofrimento**, com certeza é um sofrimento, é uma perda, é uma dor...” (MP1).*

A presença do sofrimento do profissional em relação a perda de um cliente pela morte, como também por vivenciar o sofrimento do próprio cliente e de seu familiar existe. Durante uma palestra em hospital dirigida aos profissionais da área de saúde Luft (2003) refere que todos nós, amigos, família, terapeutas, médicos, sentimos duramente nossa própria limitação quando alguém sofre e não podemos ajudar. Em relação ao sofrimento pelas perdas é preciso dizer que ninguém quer perder, pois perder dói. Podemos perder, a saúde, um amante, um emprego, ou um carro mas a pior de todas as perdas é a vida.

Duas médicas relataram:

*“...quando **a gente perde o paciente** existe uma tristeza de que foi feito o que tinha que fazer” (M2).*

*“...**é muito difícil perder...** o que eu poderia ter feito melhor para não acontecer” (MP2).*

Percebe-se que o profissional médico sentem-se impotentes durante a perda pela morte de um cliente e ainda fica evidente a própria cobrança de si mesmo em relação a ter feito tudo o que podia para salvar aquela vida.

Entre as perdas, o que mais abala a equipe de saúde, são as perdas das crianças conforme referido:

“...se for **a perda de uma criança abala mais**... abala muito pois tem muitos aqui **que já têm filhos** ficam mais chocados e preferem nem entrar naquela emergência” (T1).

“... **perder uma criança** é uma sensação muito ruim. E para **quem têm filhos** é uma situação ainda pior” (MP2).

Nessas falas, eles transmitem que sentem mais a perda pela morte de uma criança do que um adulto, isso pode estar relacionado ao fato de que a criança está iniciando uma vida, com uma história para viver. Também fica claro que a equipe de trabalho possui seus próprios limites e possibilidades, sendo que nem todos os profissionais que já possuem filhos conseguem realizar o atendimento a uma criança em situação de emergência ou sofrem muito mais com a situação, pelo fato de pensarem em seus próprios filhos.

Durante a observação fiquei muito emocionada com uma situação de um atendimento de emergência à uma criança vítima de acidente de trânsito em estado muito grave, sendo que após a realização d-1.725TDTD01á.1(entnda ..4(nnr11.7o7()J-20.1

- O difícil não é ir com ele para Jaraguá do Sul, porque eu vou com ele na ambulância, mas sim voltar para enterrar o meu marido e outro meu filho que morreram neste acidente.

Penso que a mãe apega-se na fé, na esperança, na melhora do seu único membro da família que sobreviveu, como fortalecimento, pois está abalada pela morte do seu esposo e de seu outro filho. Permanece todo o momento aparentemente centrada, querendo participar das decisões, conversando com a equipe de saúde, querendo saber de tudo o que estava acontecendo, não chorando, mas com olhar de tristeza. Nota-se que cada pessoa reage ao sofrimento, as perdas, de formas diferentes, mas esta mãe tinha muita fé, para aliviar sua aflição.

Após a criança ser transferida, a médica de plantão, foi para o quarto e estava chorando. Fala:

- Lembrei-me dos meus sobrinhos.

Por um momento a emergência parou, mas logo em seguida o trabalho continuou, pois havia clientes aguardando para o atendimento (diário de campo).

Esta situação demonstra a carga emocional, o sofrimento e a dor da mãe, fatos que geram angústia e tensão na equipe que presta o atendimento. Porém percebe-se que a enfermeira sentiu-se limitada na atenção para com a mãe, provavelmente criando mecanismos de defesa e estratégias, entretanto para equipe de trabalho superar essa situação é difícil.

Diante desse ambiente, emocionalmente agressivo, torna-se importante que esta equipe tenha algum apoio para manter o controle emocional.

A médica na entrevista refere:

*“ ...às vezes **eu tenho que chorar**, já fiz várias vezes isso, mas eu tento descarregar e eu tenho que falar isso, tem gente que fica quieto, mas eu chego em casa vou comentando como o meu marido, com os meus pais pra quem estiver”.
(M1).*

Isso deixa claro que esta médica acaba extravasando o seu estress na própria família, o que não seria o ideal, porém a instituição não oferece nenhum serviço de apoio, podendo esta equipe de trabalho adoecer emocionalmente.

Entretanto, durante a realização do processo de trabalho, o mesmo trabalho que produz sofrimento, também é fonte de realização através do poder de salvar e das habilidades apontadas pela equipe de trabalho durante as entrevistas.

5.4.2 Habilidades

A equipe de trabalho desenvolve certas habilidades que vão além do conhecimento específico tais como: agilidade, equilíbrio emocional, serenidade, prontidão, rapidez e outros mais essenciais no atendimento a um cliente em situação de emergência.

Destaco as seguintes falas:

*“...eu gosto de trabalhar aqui. Na hora da emergência **na correria eu gosto**” (T1).*

*“Acho que é o gosto pela emergência **o gosto pelo agito.**” (M2).*

Nessas falas fica destacado, que gostam muito do que fazem pois acabam identificando-se pelo setor através da agilidade e rapidez, criando um perfil específico de profissionais que trabalham nesta unidade. Em seu estudo no serviço de emergência Figueiredo, Santos, Machado (2006), diz que é fundamental que o profissional goste daquilo que faz e esteja sempre disposto a viver situações atribuladas.

Durante a atuação desta equipe, em um atendimento de emergência notei que exige conhecimento, capacitação técnica e tecnológica, habilidade e agilidade, tomada de decisões, trabalho em equipe, manifestando segurança, calma, empatia e racionalidade, para atender o cliente e sua família. Autores como Bruno, Oldenburg (2005), deixam claro que o pronto-socorro exige a presença de uma equipe multidisciplinar, capaz de desenvolver ações rápidas e seguras, sem descuidar de uma avaliação adequada e de um encaminhamento satisfatório.

Há os que gostam de permanecer no serviço pelo fato de estar ajudando o outro, observe nas falas:

*“...é uma coisa que eu gosto de fazer, que eu sinto prazer em estar aqui trabalhando **e ajudando os outros...**” (T1).*

*“...eu gosto de trabalhar sei lá, eu gosto de dar a minha vida, **pela vida dos outros,** entendeste, ajudar no que for preciso”(A1).*

Entende-se nas falas, que sentem-se bem quando ajudam o outro.

5.4.3 Poder de salvar

Além da identificação pelas habilidades, também ficou explícito nas entrevistas o orgulho pelo poder de salvar que o profissional possui perante a vida de um ser humano.

Destaco as seguintes falas:

*...é uma vida que está ali na tua mão **que você tem que salvar.** Então você vai dar tudo de si para isto” (T1).*

*“O médico **sempre tem que salvar**, mesmo que diga, esse não tem jeito, vai acabar em óbito...” (MP1).*

Está expresso nessas falas, um sentimento de poder, diante da morte. Por este motivo que Deslandes (2002) coloca que essa identificação com a vocação emblemática do trabalho em emergência (a de “salvar vidas”) pode refletir também uma das poucas possibilidades que esses profissionais têm de sentir que participaram de um processo de trabalho como um todo, pois geralmente, o trabalho em emergências é segmentado pelo sistema de plantões, pela divisão horizontal do atendimento segundo as especialidades.

Desta forma, posso dizer, que apesar de todo o sofrimento e das limitações encontradas neste ambiente durante o processo de trabalho, existe uma forte identificação desta equipe durante a realização do seu trabalho através das habilidades e do poder de salvar.

5.5 Relações de poder no trabalho de emergência

Esta categoria demonstra as relações de poder neste serviço identificadas durante as entrevistas e observações onde encontrei seres humanos relacionando-se entre si, com diferentes formas de poder, entre a própria equipe de trabalho, administração, como também com os clientes e familiares. Entende-se por poder a importância e polêmica idéia de que o poder não existe não é algo que se detém como uma coisa, como uma propriedade, que se possui ou não, porém existe de um lado os que têm o poder e de outro os que se encontram aliados, desta forma, o poder não existe, existem sim práticas ou relações de poder (MACHADO, 1979).

5.5.1 Interação entre os profissionais e com os clientes e familiares

No serviço de emergência durante as entrevistas e observações encontrei seres humanos relacionando-se entre si, com diferentes formas de poder, entre a própria equipe de trabalho, administração, como também com os clientes e familiares. Desta forma, decidi iniciar esta exposição das relações de poder pela recepção, pelo fato de ser a porta de entrada do serviço de emergência e também da instituição.

Como norma deste serviço, os familiares em situações de emergência e urgência somente acompanham os clientes, em consultas eletivas e quando for maior de 60 anos ou menor de 18 anos sendo um direito do cliente preconizado por lei.

Assim principalmente em situações de urgência e emergência, percebi que vários familiares dos clientes na recepção, demonstravam através de suas expressões faciais e verbais que estavam angustiados, tensos, inquietos, agressivos. Estas percepções também são referidas por Sebastiani (2002), ao observar que diante da internação do familiar na emergência, os membros da família experienciam uma sensação de descontinuidade pela abrupta ruptura com seu familiar-paciente, desencadeando reações emocionais de sofrimento psíquico, dor, medo da perda e do desconhecido, aumento da ansiedade e desesperança do outro, sentimentos esses que o momento de crise impõe.

Desta forma, estes familiares precisam receber informações do que está acontecendo com seu familiar para amenizar esses sentimentos.

Sobre este fato destaco o relato de dois maqueiros:

*“... **os familiares querem informações**..... caso contrário metem o pé pela boca, né, o pé pelas mãos, sei lá, empurrar uma porta, entrar para dentro, querendo saber”(A1).*

“... e vai chegando gente e na verdade vira um tumulto aí fora, vai chegando cada vez mais gente apavorada, **querem informações**, querem entrar....” (A2).

Através destas falas, verifica-se que os familiares na recepção da emergência, querem informações sobre a pessoa que está sendo atendida. Esta separação é necessária para o atendimento, resultando em uma cobrança muito grande aos maqueiros, pois são os que mantêm o primeiro contato com os familiares.

Conseqüentemente os maqueiros pressionam a recepcionista e essa a equipe de enfermagem, a qual também pressiona a equipe médica, como observado durante um atendimento de emergência a um cliente vítima de atropelamento.

Durante o atendimento o recepcionista entra na sala de emergência e diz:

- Lá na recepção está a mãe e três amigos querendo informações (R).

-Agora não posso conversar com eles estamos ainda em atendimento (E).

Após uma média de dez minutos a recepcionista entra na sala e diz:

- Os familiares estão ansiosos e insistem em saber informações, estão agressivos (R).

- Pedem para esperar agora vamos levar para fazer o RX e tomografia de crânio (E).

Após o paciente ter retornado dos exames, e colocado na sala de emergência, a enfermeira relata ao médico que os familiares estão na recepção e querem informações e que ela vai colocar em uma sala.

- Você vai comigo (M).

- Está a mãe e um amigo na sala. Vamos lá? (E).

A enfermeira e o médico conversam com os familiares que estavam na recepção por volta de sessenta minutos, até aquele momento sem nenhuma informação.

Esta situação não é exceção. O processo de trabalho da equipe tem como objetivo final a prestação de cuidados a manutenção da vida do cliente, sendo que, na maioria das vezes, o domínio técnico, a necessidade de agir rápido e imediatamente para o controle da situação de risco do cliente colocou em detrimento o acolhimento aos familiares e acompanhantes no momento da entrada ao serviço.

Há também casos em que os familiares exercem pressão para conseguir um atendimento mais rápido como demonstrado na fala a seguir:

Observe a fala a seguir:

*“ Preciso colocar esses pacientes para dentro, **os familiares ficam reclamando lá fora**, muitas vezes são agressivos” (A1).*

Desta forma esses familiares constituem uma representação do cliente, que exercem de certa forma relações de poder, que podem tornar mais rápido o atendimento, procedimentos e decisões da equipe de saúde. Este cliente devido ao seu estado de saúde na maioria das vezes encontra-se indefeso.

Percebe-se também através desta fala que o maqueiro tem o poder de controlar a entrada ou não do cliente para o atendimento.

Porém, nas relações de poder no serviço de emergência ocorre uma predominância do poder médico. Para Merhy (1989), a medicina domina a divisão do trabalho na saúde porque ela controla o conhecimento sobre o qual depende o processo de cura.

As instituições hospitalares seguem uma hierarquia, na qual a administração impõe normas e regras que devem ser seguidas por todos os profissionais,

podendo, em algumas situações, acontecer divergência entre os pontos de vista dos gestores e dos trabalhadores conforme demonstrado no relato abaixo.

*“ Há discrepância entre **a parte que dá a assistência e a parte de quem faz as normas de atendimento**” (A2).*

Fica evidente na fala a relação de poder entre a administração que dita as normas, sendo que a equipe médica não participa da formulação das mesmas e mesmo não concordando tem que cumprir, resultando como consequência um conflito entre a autonomia médica e o controle burocrático. Em seus estudos Goss (apud Carapineiro, 1998) relata que no hospital existe um “sistema dual de autoridade”: a autoridade administrativa e a autoridade médica. Para este autor, existe um conjunto de normas profissionais e um sistema de valores do corpo médico que podem contrariar as pressões administrativas. Além, disso, os médicos desempenhariam um alto nível de autonomia no seu exercício profissional face às restrições burocráticas.

Considerando o “ sistema dual” Foster e Anderson (1978) apud Deslandes (2002), argumentam ainda que essas linhas de autoridade (médica e burocrática) podem entrar em conflito e que os profissionais de enfermagem são os mais vulneráveis, porque são cobrados pelas duas vertentes de poder, sendo denominados pelos autores como *person-in-the-middle*.

Apesar desses conflitos, há uma predominância do poder médico hegemônico na divisão do trabalho como observado em uma situação durante o atendimento de emergência a um cliente vítima de acidente de trabalho. *A equipe de saúde participa ativamente do atendimento, em que o médico faz o exame, prescreve as medicações, a sutura e os exames, à enfermeira solicita a realização dos exames, os acadêmicos de medicina realizam a sutura e os técnicos de enfermagem preparam o material e auxiliam no procedimento .*

Nesta situação a atividade do médico é central, pois é a partir dela que surge a divisão do trabalho entre outros profissionais, enfermeiros, técnicos de

enfermagem e residentes, ocorrendo uma divisão das atividades durante o processo de trabalho.

Em seu estudo Carapinheiro (1998) afirma que o trabalho do pessoal médico e de enfermagem caracteriza-se pela produção de cuidados polivalentes, pela oposição comando/execução na organização da divisão do trabalho e pelo sistema de trabalho ser do tipo profissional, ou seja, médicos e enfermeiros controlam a produção de cuidados, sendo assegurado pelos médicos o ato médico propriamente dito e pelos enfermeiros a administração do tratamento.

Entretanto, atualmente na prática profissional, observamos a atitude da enfermeira como de obediência e submissão ao comando médico, como demonstrado na fala a seguir:

*“Os médicos às vezes, **você sente que eles mandam** e aí você tem que acatar a conduta” (E2).*

Desta forma, muitas vezes os enfermeiros não têm uma atitude questionadora e científica, exceto quando os procedimentos põem em risco a vida do cliente, possuindo o conhecimento de como fazer, porém não tendo poder para agir, provavelmente ocorre esta postura do profissional, por influência da sua história como profissão e formação.

Em contrapartida, no que se refere às relações de poder da enfermeira junto a equipe de enfermagem, verifica-se uma alternância de papéis, pois ainda persistem hierarquia, onde a enfermeira coordenadora possui poder sobre as enfermeiras assistenciais e esta sobre os técnicos de enfermagem. Destaco a fala de uma técnica de enfermagem:

*“ Me incomoda.... esse tipo de coisa **é pegação no pé**” (T1).*

Nesta fala a técnica de enfermagem expressa a postura de autoridade da enfermeira sobre ela, sendo que a enfermeira tem responsabilidade sobre a equipe de enfermagem.

Relato neste momento, uma situação vivenciada durante a observação, em um atendimento de emergência a um cliente vítima de atropelamento. *A enfermeira assistencial delega a sua equipe algumas ações como: “ Hoje é você quem vai puncionar a acesso venoso” e “ Você vai monitorizar o cliente”. Chamou-me atenção que os que permaneciam no canto da sala, somente observando, eram os acadêmicos de medicina, sendo que o residente juntamente com o médico de plantão participavam ativamente do atendimento.*

Fica evidente novamente o poder da enfermeira assistencial sobre o técnico de enfermagem quando da delegação de atividades, no momento em que o enfermeiro supervisiona o trabalho de enfermagem, sendo atribuída autoridade profissional. Nota-se também que os técnicos de enfermagem prestam os cuidados aos clientes, e estes têm o poder de decidir sobre a realização dos mesmos, pois os mesmos detêm o conhecimento do fazer.

Nesta mesma situação percebemos que os residentes de medicina pelo fato de possuírem mais conhecimento têm poder sobre os acadêmicos que ainda possuem pouco saber.

Porém, na equipe de trabalho essas relações de poder são permeadas pela divisão do trabalho, e que um necessita e depende do outro, o que pode levar ao estabelecimento de alianças entre médicos e enfermeiras, técnicos de enfermagem e acadêmicos de medicina.

Também torna-se importante dizer que essas relações de poder podem modificar-se de acordo com a equipe de trabalho, pois predomina o saber de cada profissional, como observado durante o processo de trabalho desta equipe. Por exemplo: um médico recém formado e uma enfermeira com muita experiência, com certeza ele vai solicitar seus conhecimentos, ou ainda no caso de uma enfermeira recém formada e um técnico de enfermagem mais experiente.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A execução desta pesquisa contribuiu para meu crescimento pessoal e profissional, no qual, me proporcionou a oportunidade de visualizar o serviço de emergência de outros ângulos, ou seja, como um todo, no qual o meu olhar anteriormente como agente deste serviço focalizava apenas uma área específica e portando parcializada do todo.

Alguns fatores contribuíram para o desenvolvimento desta pesquisa, como a escolha da área de emergência como campo de experiência, uma vez que já tinha vivências anteriores como profissional e a aceitação e a valorização da proposta de trabalho pela equipe de trabalho do serviço de emergência.

Algumas dificuldades ou limitações também surgiram durante a realização do trabalho que foram: a escassez de estudos relativos à dinâmica do serviço de emergência numa visão contemporânea e integrada e a falta de disponibilidade de tempo da equipe de trabalho para realização da entrevista.

O desenvolvimento desta pesquisa envolveu vários encontros e momentos com esta equipe de trabalho que sempre aceitou e valorizou a pesquisa.

Acredito ter alcançado os objetivos do trabalho, pois acabei compreendendo o processo de trabalho no serviço de emergência em relação a produção do cuidado, as relações da equipe e a caracterização da estrutura física.

Em relação a metodologia qualitativa, creio que foi a mais adequada, pois compartilhei vivências com a equipe de trabalho durante as observações e através das entrevistas pude ouvi-los.

Com os resultados e análise desta pesquisa cheguei as seguintes conclusões:

O serviço de emergência é uma unidade de trabalho, que produz um produto, tendo como final a prestação de cuidados aos clientes em estado crítico, para manter a própria vida. Deste modo, o cuidado ao cliente, é resultado do empenho e sincronismo de toda uma equipe de trabalho que compreende de

médicos, recepcionistas, pessoal da limpeza, maqueiros, enfermeiros e técnicos de enfermagem.

A maioria dos entrevistados da área da saúde possuem outras ocupações de trabalho devido a baixa remuneração, tendo como conseqüência longas jornadas de trabalho e o stress.

A estrutura física apresenta algumas limitações que acabam interferido no processo de trabalho desta equipe como, posto de prescrição médica e de enfermagem pequeno e barulhento; sala de observação adulta do SUS com pouca ventilação, superlotadas; ausência de uma sala de repouso adequada para a equipe de enfermagem, recepcionistas e maqueiros; sala de emergência não é exclusiva, utilizada também para consultas eletivas; não possui uma entrada exclusiva para clientes em situações críticas; ausência de chuveiro e um único banheiro para acompanhantes e clientes; profissional enfermeiro não possui uma sala para ele, como também não há uma sala para conversar com os clientes e familiares.

O serviço conta com os recursos humanos preconizados, que são: responsável técnico, equipe médica e de enfermagem com enfermeiro coordenador e assistenciais e técnicos de enfermagem, porém em número insuficiente, principalmente nos horários de maior demanda.

Assim, esse recurso humano, que constituem a equipe de trabalho necessita dos meios de trabalho para realizar o processo de trabalho, que são as tecnologias leves, duras e leves duras. Nas tecnologias leves encontram-se os conflitos entre os profissionais e clientes/acompanhantes; nas tecnologias duras os equipamentos e materiais são insuficientes na quantidade e na qualidade, existem os recursos tecnológicos para propedêutica e terapêutica do atendimento; nas tecnologias leves duras verifica-se a necessidade de treinamento e aperfeiçoamento para esta equipe.

Na dinâmica de trabalhos percebeu-se que é muito lento o fluxo de saída e o de entrada contínua dos clientes, devido a alta demanda ambulatorial, provavelmente pela insuficiência da oferta de serviços da atenção primária e secundária, ocasionando as filas na recepção, onde o maqueiro através de seus conhecimentos leigos realiza a triagem. Outro fator é a falta de leitos na instituição onde os clientes permanecem aguardando na observação do serviço de

emergência. Esta dinâmica gera sobrecarga de trabalho, na equipe além de prejudicar a qualidade dos cuidados prestados aos clientes.

Percebeu-se que esta equipe, trabalha em um ambiente que causa um desgaste emocional e físico muito grande podendo gerar stress. A valorização do procedimento técnico, essencial neste momento crítico foi observado, em detrimento do emocional provavelmente para não prejudicar o atendimento na tentativa de salvar a vida. Os sujeitos do estudo também expressaram sofrimento pelas perdas, principalmente de crianças.

A equipe referiu identificar-se e orgulhar-se de sua atuação neste serviço, tendo como fonte de realização o poder momentâneo de salvar a vida de um ser humano, contando integralmente com suas habilidades e potenciais frente às situações de risco entre vida e morte.

Encontrei diferentes formas de poder, sendo que os familiares constituem uma representação do cliente sendo um pólo de relações de poder, que podem tornar mais rápido o atendimento, os procedimentos e decisões da equipe de saúde.

As relações de poder nesta equipe acontecem através da divisão do trabalho e dos saberes, predominando o poder médico. Acontece divergência entre os pontos de vista da administração, que dita as normas, e os pontos de vista dos médicos que não participam da formulação das mesmas e mesmo não concordando têm que cumpri-las.

A atividade do médico é central, pois é a partir dela que surge a divisão do trabalho entre outros profissionais, como enfermeiros e técnicos de enfermagem.

Estas são as contribuições que deixo, aos coordenadores, as equipes, e os dirigentes das instituições de saúde, para que possam ampliar a compreensão do processo de trabalho, se direcionando suas atividades e decisões no serviço de emergência.

Ao chegar ao término do que pretendi aqui construir, tenho que registrar uma certeza: a de que cresci com esta vivência, me sinto diferente e me percebo ainda mais envolvida e sensibilizada pela condução do processo de trabalho no serviço de emergência.

Neste momento, sinto dificuldade para concluí-lo pois o envolvimento experimentado e instigado pela pesquisa e estudo, abordagens e idéias já socializadas, aguçam o conhecimento e a busca por saber mais, talvez muito mais do que pude relatar.

Mas, fica a certeza de que provavelmente minha próximas experiências, no mundo profissional e real, façam rever tudo que aprendi, na emergência de escolher o melhor da minha competência e super valorizar, sempre a vida que naquele momento depende de mim. Também de mim.

7 REFERÊNCIAS

ALFONSO, H. G. Gerência de manutenção para equipamentos, redes e obras físicas. In: _____ MORERA.G.;LAVARDE P. **Administração hospitalar**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara/koogan, 2003.

BARAKAT, S. F. C. **Caracterização da demanda do serviço de emergência clínicas de um hospital terciário do município de São Paulo**. 2004. Tese (Doutorado em Emergência Clínica) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

BENITO, G.A.V. **Concepção de um sistema de informação de apoio a supervisão da assistência em enfermagem hospitalar: uma abordagem da ergonomia cognitiva**. 2001. 250f. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção). Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

BOEGER, M. A. **Gestão em hotelaria hospitalar**. 2. ed. São Paulo, Ed, Atlas S. A, 2005.

BOTTOMORE, T. **Dicionário do pensamento marxista**. Rio de Janeiro: Zahar, 1988.

BOTTOMORE, T. **Dicionário do pensamento marxista**. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.

BLACK, J. M.; JACOBS, E. M. **Enfermagem medico-cirúrgica: uma abordagem psicofisiológica**. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção às urgências/ Ministério da Saúde**. 3. ed. Ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRUNO, P. ; OLDENBURG, C. **Enfermagem em pronto-socorro**. Rio de Janeiro: Senac Nacional, 2005.

CARAPINHEIRO, G. **Saberes e poderes no hospital**. 3. ed. Santa Maria da Feira: Edições Afrontamento, 1998.

CASTELLS, M. **O poder da identidade**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2003.

COELHO, N. J.; FIGUEIREDO, N. M. A.; CARVALHO, V. Tipos de cuidado em emergência. In: _____ FIGUEIREDO, N. M. A.; VIEIRA, A. A. B. **Emergência atendimento e cuidados de enfermagem**. São Paulo: Yendis, 2006.

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

Diário Oficial da União. Portaria nº 2.048, de 5 de novembro de 2002, do Ministro de Estado da Saúde. **Atendimento de Urgência e Emergência na Área da Saúde**; 2002.

Diário Oficial da União. Portaria nº 2048/GM em 5 novembro de 2002, do Ministro de Estado da Saúde. **Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência no Brasil**; 2002.

DINEEN, J.J.; MONCURE, A. C. **Medicina de urgência**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1982.

FIGUEIREDO, N. M. A.; SANTOS, I.; MACHADO, W. C. A. O corpo em emergências básicas. In: _____ FIGUEIREDO, N. M. A.; VIEIRA, A. A. B. **Emergência atendimento e cuidados de enfermagem**. São Paulo: Yendis, 2006.

FIGUEIREDO, N. M. A.; VIEIRA, A. A. de B. **Emergência atendimentos e cuidados de enfermagem**. São Paulo: Yendis, 2006.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1988.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 5. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1998.

FURTADO, B. M. A. S. M. O perfil da emergência do hospital da restauração: uma análise dos possíveis impactos após a municipalização dos serviços de saúde. **Revista Brás. Epidemiol.** São Paulo, v. 7, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.com.br>. Acesso em 27 out. 2006.

GEOVANINI, et. al. **História da enfermagem versões e interpretações**. 2.ed. Rio de Janeiro: Revinte, 2002.

GIANNOTTI, J. A. **Origens da dialética do trabalho**. Rio Grande do Sul: L&PM, 1985.

GONÇALVES, R. B. M. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**. São Paulo: Hucitec Abrasco, 1994.

GONÇALVES, R.M. **Práticas de saúde: processo de trabalho e necessidades**. São Paulo: CEFOR; 1992. (Cadernos CEFOR – Texto 1) Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP, 1992.

HOUAISS, A. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2004.

LANE, S. T. M. et al. **Psicologia social: o homem em movimento**. 9 ed. São Paulo: Brasiliense, 1991.

LAVERDE, G. P. Recursos humanos. In: MORERA G.; LAVERDE P. **Administração hospitalar**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara/Koogan, 2003.

LEOPARDI, M. T. A estrutura objetiva do trabalho em saúde. In: _____
LEOPARDI, M. T. et al. **O processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade**. Florianópolis: Papa-livros, 1999.

LOJKINE, J. **A revolução informacional**. São Paulo: Cortez, 1995.

LUFT, L. **Perdas & ganhos**. 27. ed. Rio de Janeiro: Record, 2004.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em Educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

MACHADO, R. Por uma genealogia do poder. In: _____FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 16.ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

MARTINEZ, M. A; **NITSCHKE, C. Teoria, pragmática e ética da regulação e da atenção às urgências médicas**. Ribeirão Preto: HCRP – FM-USP, 2001.

MARX, K. **O capital: crítica da economia política**. 12. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil S.A., 1988.(Livro I, Volume I)

MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: HUCITEC, 2003.

MERHY, E. E. **Saúde a cartografia do trabalho vivo**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2005.

MERHY, E. E.; CAMPOS, G. W. de S; QUEIROZ, M. de S. **Processo de trabalho e tecnologia na rede básica de serviços de saúde: alguns aspectos teóricos e históricos**. São Paulo: UNICAMP, 1989.

MERHY, E. E. **O ato de cuidar como um dos nós críticos chaves dos serviços de saúde**. São Paulo: DMPS/FCM/UNICAMP, 1999.

MERHY, E. E. **O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo)**. Rio de Janeiro: CEBES, 2002.

MERHY, E. E. **Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde.** São Paulo: Hucitec, 1997.

MORALES, N. **Algunas consideraciones para la organización de servicios de salud para emergências y desastres.** Na Facultad medi, Lima, v.62, n.1, 2001.

MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento.** 7. ed. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Abrasco, 2000.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 5. ed. São Paulo: Hucitec, 1998.

MINAYO, M. C. S. **Caminhos do pensamento: epistemologia e método.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

PIRES, D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil.** São Paulo: Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social – CUT, Annablume, 1998.

PIRES, D. **Hegemonia médica na saúde e a enfermagem.** São Paulo: Cortez, 1989.

PIRES, D. A estrutura objetiva do trabalho em saúde. In: _____LEOPARDI, M.T. et. all. **O processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade.** Florianópolis: Papa-livros, 1999.

POLIT, D. F. & HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem.** 3 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

QUEIROZ, C. A. R. S. **Manual de terceirização: aonde podemos errar no desenvolvimento e na implantação dos projetos e quais são os caminhos do sucesso.** São Paulo: STS, 1998.

Resolução do COFEN – n 293/2004. Disponível em <http://www.portalcofen.com.br/>
Acesso em: 23 de agosto.

SEBASTIANI, R. W. **A equipe de saúde frente as situações de crise e emergência no hospital geral: aspectos psicológicos.** São Paulo: Thompson Learning, 2002.

SILVA, M.A. **O sistema da enfermagem hospitalar: concepção de uma estrutura representativa do processo auto-organizador na produção de serviços.** 2006. 180f. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção). Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

SILVA, M. J. P. **Amor é o caminho.** São Paulo: Gente, 2002.

SILVA, V. E. F. **O desgaste do trabalhador de enfermagem: a relação trabalho de enfermagem e saúde do trabalhador.** (tese). São Paulo: Escola de Enfermagem da USP, 1996.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Brunner & Suddarth: Tratado Enfermagem Médico Cirúrgica.** 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais – A pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: Atlas, 1987.

VICTORA, C.G; KNAUTH, D. R. ; HASSEN, M.N.A. **Pesquisa qualitativa em saúde – uma introdução ao tema.** Porto Alegre: Tomo editorial, 2002.

ZANON, U. **Qualidade da assistência médico-hospitalar: conceito, avaliação e discussão dos indicadores de qualidade.** Rio de Janeiro: Ed. Medsi Ltda, 2001.

8 APÊNDICES

APÊNDICE 8.1

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

1. Qual a sua idade?
2. Quantos anos você trabalha nesta instituição?
3. Você tem outro emprego além desse?
4. Como você começou a trabalhar neste hospital?
5. Como você se sente trabalhando hoje aqui?
6. E o que leva a continuar aqui?
7. O que dificulta o seu trabalho neste serviço?
8. Como é seu trabalho diariamente?
9. O que você sente no atendimento a um cliente em situações de urgência e emergência?

9 ANEXOS

ANEXO 9.1

TERMO DE ACEITE DE ORIENTAÇÃO

MESTRADO PROFISSIONALIZANTE EM SAÚDE E GESTÃO DO TRABALHO

TERMO DE ACEITE DE ORIENTAÇÃO

Eu, **Elizete Sanches Navas**, Professor do Curso de Mestrado Profissionalizante em Saúde e Gestão do Trabalho, concordo em orientar a Dissertação da mestrandia **Nádia Lisieski** tendo como tema “**Processo de trabalho em saúde: o cotidiano da unidade de emergência**”.

ANEXO 9.2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

CONVITE A PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO “PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE: O COTIDIANO DA UNIDADE DE EMERGÊNCIA”.

Através deste estamos convidando você para participar de um estudo sobre o processo de trabalho no serviço de emergência. Nosso objetivo é compreender o processo de trabalho da equipe no serviço de emergência. Sinta-se completamente livre para decidir participar ou não, mas ressaltamos a importância de sua contribuição. Outrossim, esclarecemos que: seu anonimato está garantido; as informações serão sigilosas; a não participação não acarretará nenhum prejuízo a sua pessoa; as informações e resultados obtidos ficarão a sua disposição; sua participação não acarretará qualquer desconforto, risco, dano ou ônus a sua pessoa. Os dados coletados através das entrevistas gravadas e das observações participantes serão utilizados para fins acadêmicos de pesquisa e divulgação de conhecimento sobre o tema. Caso concorde com estes termos solicitamos o preenchimento e assinatura neste documento, conforme segue.

Eu, _____,
documento de identidade nº _____ declaro que concordo, de forma livre e esclarecida, em participar do estudo “**PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE: O COTIDIANO DA UNIDADE DE EMERGÊNCIA**”, desenvolvido pela mestrandia Nádia Lisieski e sob a orientação do Professora Dr. Elizete Sanches Navas, aprovado pela Comissão de Ética da UNIVALI, conforme Parecer nº 497/05.

Itajaí, ____/____/____.

ASSINATURA _____

ANEXO 9.3

TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DOS DADOS

TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS

Os abaixo assinados, pelo presente “Termo de Compromisso de Utilização de Dados” em conformidade com a Instrução Normativa nº 004/CEP/UNIVALI/2002, autores do projeto de pesquisa intitulado: PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE: O COTIDIANO DE UMA UNIDADE DE EMERGÊNCIA, comprometem-se em utilizar os dados coletados somente para fins deste projeto, destinado à elaboração da Dissertação do Curso de Mestrado Profissionalizante em Saúde e Gestão do Trabalho e possível divulgação científica, através de Resumo ou Artigo a ser publicado em periódico.

Informamos também que as Instituições foram previamente consultadas, concordando e propiciando as condições necessárias para obtenção dos dados.

Outrossim, comprometemo-nos a retornar os resultados da pesquisa às Instituições, apresentando-os aos seus representantes legais.

Itajaí (SC), em ____/____/____.

Nádia Lisieski

Mestranda

Elizete Sanches Navas

Orientador

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)