

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Mônica Strapazzon Bonfada

**TRABALHO E AUTONOMIA DO ENFERMEIRO EM PRONTO-
SOCORRO ADULTO: UMA ABORDAGEM ERGOLÓGICA**

Santa Maria, RS
2019

Mônica Strapazzon Bonfada

TRABALHO E AUTONOMIA DO ENFERMEIRO EM PRONTO-SOCORRO ADULTO: UMA ABORDAGEM ERGOLÓGICA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Mestra em Enfermagem**.

Orientadora: Profa. Dra. Silviamar Camponogara

Santa Maria, RS
2019

Bonfada, Mônica Strapazzon
Trabalho e autonomia do enfermeiro em pronto-socorro
adulto: uma abordagem ergológica / Mônica Strapazzon
Bonfada. - 2019.
148 p. ; 30 cm

Orientadora: Silviamar Camponogara
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós
Graduação em Enfermagem, RS, 2019

1. Enfermagem 2. Autonomia Profissional 3. Ergologia
4. Trabalho I. Camponogara, Silviamar II. Título.

sistema de geração automática de ficha catalográfica da usm. dados fornecidos pelo autor(s). sob supervisão da direção da divisão de processos técnicos da biblioteca central. bibliotecária responsável paula schoenfeldt watta csa 10/1728.

Mônica Strapazzon Bonfada

**TRABALHO E AUTONOMIA DO ENFERMEIRO EM PRONTO-SOCORRO
ADULTO: UMA ABORDAGEM ERGOLÓGICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Mestra em Enfermagem**.

Aprovado em 8 de fevereiro de 2019:

Silviamar Camponogara, Dra. (UFSM)
Presidente/Orientadora

Mara Ambrosina de Oliveira Vargas, Dra. (UFSC)

Rosângela Marion da Silva, Dra. (UFSM)

Suzinara Beatriz Soares de Lima, Dra. (UFSM)
Membro Suplente

Santa Maria, RS
2019

DEDICATÓRIA

Agradeço a Deus por estar sempre comigo:

“algumas pessoas vão querer saber o motivo do seu sorriso, de onde você tira tanta força para seguir em frente, de onde vem tanta fé, vão querer saber de onde você tira as palavras certas, de onde vem tanto amor, vão querer saber como você consegue enfrentar seus problemas com tanta confiança de que tudo vai dar certo. Então você vai responder: Eu tenho Deus”.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a DEUS por todas as oportunidades que vêm me concedendo. Gratidão por sempre me proteger a cada quilômetro percorrido e me iluminar mostrando o caminho da paz e do amor.

Agradeço à minha FAMÍLIA, em especial aos meus pais (Nadime e Vitorino), as minhas irmãs (Fernanda e Daniela), por acreditarem em mim e sempre me apoiarem, por mais que eu não estivesse presente em todos os momentos. Eu amo vocês!

Ao meu MARIDO (Magno) a minha gratidão eterna por todo apoio incondicional, por respeitar e compreender a minha ausência, por me escutar, mesmo não entendendo muita coisa do que eu falava, por sempre estar presente e enfrentar as dificuldades comigo. Obrigada por estar sempre ao meu lado, te amo!

Gratidão à minha ORIENTADORA (Prof^a Silviamar) que nunca desistiu de mim e da minha proposta de trabalho, que sempre me impulsionou, acalmou e me ensinou. À minha eterna mestre, o meu respeito, admiração e o meu muito obrigada!

À BANCA EXAMINADORA (Profa. Mara, Profa. Rosangela) o meu mais profundo agradecimento e respeito por todas as contribuições realizadas e por me mostrarem um novo jeito de olhar para este trabalho.

O meu agradecimento especial aos ENFERMEIROS participantes deste estudo, sem eles este trabalho não seria possível. A minha gratidão por terem parado um pouco as suas atividades habituais, e terem se dedicado a contribuir para esta reflexão.

Ao grupo de pesquisa (GETESSMA), pelas trocas de experiências, por me ouvir e auxiliar na construção nesse trabalho. Meu reconhecimento a cada um de vocês e meu muito obrigada!

As colegas de apartamento e as amigas de Santa Maria, obrigada pelo apoio, pelos momentos de troca de conhecimentos e pela parceria de sempre. Em especial a Jaqueline Arboit o meu mais profundo agradecimento e gratidão por todo o apoio dedicado e a disponibilidade de sempre estar me ajudando.

“Agradeço o apoio da coordenação de aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001”.

Enfim, agradeço a todas as outras pessoas que não foram citadas, mas que de forma direta ou indireta, também contribuíram para que esse trabalho chegasse ao final. O meu muito obrigada, de coração

RESUMO

TRABALHO E AUTONOMIA DO ENFERMEIRO EM PRONTO-SOCORRO ADULTO: UMA ABORDAGEM ERGOLÓGICA

AUTORA: Mônica Strapazzon Bonfada
ORIENTADORA: Silviamar Camponogara

Os prontos-socorros são considerados porta de entrada para o atendimento de pessoas em situação de urgência e emergência, e apresentam como finalidade a recuperação e manutenção da saúde do paciente. O enfermeiro atuante em pronto-socorro é um profissional-chave para a oferta de uma assistência de qualidade, tendo em vista que os atendimentos são imprevisíveis devido à gravidade e a complexidade dos casos. O presente estudo teve como objetivo compreender como ocorre o exercício da autonomia no trabalho dos enfermeiros no pronto-socorro sob a ótica da ergologia. Caracteriza-se como estudo qualitativo, do tipo estudo de caso, com estratégia de triangulação de dados. A investigação foi realizada em uma unidade de pronto-socorro de um Hospital Universitário do sul do Brasil, no período de fevereiro a junho de 2018. A população da pesquisa foram os enfermeiros deste cenário que atuavam diretamente na assistência e os enfermeiros do Núcleo Interno de Regulação. Para a coleta de dados foram utilizadas a observação sistemática não participante, a pesquisa documental e a entrevista semiestruturada, sendo entrevistados 23 enfermeiros. A análise dos dados foi realizada por meio da análise temática proposta por Minayo, ancorada no referencial teórico da ergologia. Os resultados obtidos no presente estão organizados em cinco categorias. A primeira relaciona-se a contextualização do pronto-socorro, a qual relata a complexidade, alto fluxo de atendimentos e organização do trabalho dos profissionais. Na segunda categoria, destaca-se a relação do *uso de si* no trabalho gerencial e assistencial do enfermeiro, especialmente na organização do ambiente, na assistência das intercorrências e definição de prioridades de atendimento, bem como na condução das atividades de cada turno de trabalho, comunicação e no trabalho com a equipe. Na terceira categoria, observou-se o trabalho prescrito, representado pelos procedimentos operacionais padrão, protocolos, normas e rotinas do pronto-socorro, assim como o trabalho real caracterizado pela necessidade de alterações das normas existentes no trabalho. Na quarta categoria, estão descritas as dramáticas do *uso de si* e as renormatizações do trabalho na unidade de pronto-socorro, destacando-se as estratégias e ações usadas pelos profissionais enfermeiros no seu trabalho, a agilidade e rapidez no atendimento de urgências e emergências, a necessidade de conhecimento para tomar decisões, e as situações adversas encontradas que resultam em alterações dos protocolos assistenciais conforme a necessidade da situação clínica. Destaca-se, nesta categoria, que as dramáticas do *uso de si* e as renormatizações são influenciadas pela falta de estrutura e alta demanda de atendimentos. A quinta categoria aborda sobre a autonomia do profissional enfermeiro, a qual está atrelada a ter conhecimento, habilidade e experiência, tomar decisões rápidas e ter responsabilidades. Destacam-se como aspectos que facilitam o exercício da autonomia no trabalho: a boa comunicação e relação com a equipe multiprofissional, o conhecimento, a experiência, a relação com as chefias e com os técnicos de enfermagem. Dentre os aspectos que dificultam a autonomia, cita-se: a não participação de decisões tomadas pelas chefias, excesso de burocracia, déficit de recursos humanos e físicos, superlotação, déficit de conhecimento dos enfermeiros em relação ao trabalho de urgência e emergência, relação com os médicos e com as chefias. Conclui-se que o trabalho do enfermeiro é constituído a partir de dinâmica do pronto-socorro, por vezes apresentando-se com limitação, resultante de contexto organizacional e alta demanda de pacientes. Possui autonomia em seu trabalho, sendo reconhecido pelo desenvolvimento de

suas atividades com agilidade e rapidez na tomada de decisões. O conhecimento, a experiência e os valores de cada profissional, fortalecem sua autonomia.

Palavras-chave: Enfermagem. Autonomia Profissional. Ergologia. Trabalho.

ABSTRACT

WORK AND AUTONOMY OF NURSES IN ADULT EMERGENCY: AN ERGOLOGICAL APPROACH

AUTHOR: Mônica Strapazzon Bonfada

ADVISOR: Silviamar Camponogara

The emergency room is considered a gateway to the care of people in emergency and emergency situations, and present the purpose of recovery and maintenance of the patient's health. The nurse in the emergency room is a key professional in the provision of quality care, since care is unpredictable due to the severity and complexity of the cases. The present study had as objective to know how occurs the exercise of the autonomy by nurses work in the emergency room from the point of view of ergology. It is characterized as a qualitative study, of the case study type, with a data triangulation strategy. The research was carried out in a unit of a University Hospital in the south of Brazil, from February to June, 2018. The research population was the nurses of this scenario who worked directly in the care and the nurses of the Internal Nucleus of Regulation. For data collection, systematic non-participant observation, documentary research and semi-structured interview were used, and 23 nurses were interviewed. The analysis of the data was performed through the thematic analysis proposed by Minayo, anchored in the theoretical reference of ergology. . The results obtained in the present are organized into five categories. The first one relates to the contextualization of the emergency room, which reports the complexity, high flow of care and organization of the work of the professionals. In the second category, the relation between the use of self in the managerial and nursing work of the nurse, especially in the organization of the environment, in the assistance of intercurrents and definition of care priorities, as well as in the conduction of the activities of each shift, communication and in working with the team. In the third category, the prescribed work, represented by the standard operating procedures, protocols, norms and routines of the emergency room was observed, as well as the actual work characterized by the need for changes in existing norms at work. In the fourth category, there are described the dramatic use of self and the renormatizations of the work in the emergency room, highlighting the strategies and actions used by the professional nurses in their work, the agility and speed in the attendance of emergencies and emergencies, the need for knowledge to make decisions, and the adverse situations found that result in changes in care protocols according to the need of the clinical situation. It is noteworthy, in this category, that the dramatic of self-use and the renormatizations are influenced by the lack of structure and high demand of care. The fifth category deals with the autonomy of the nurse professional, who is linked to having knowledge, skills and experience, making quick decisions and having responsibilities. They stand out as aspects that facilitate the exercise of autonomy in the work: the good communication and relationship with the multiprofessional team, the knowledge, the experience, the relation with the chiefs and with the nursing technicians. Among the aspects that make autonomy difficult, there is a lack of participation of decisions taken by managers, excessive bureaucracy, lack of human and physical resources, overcrowding, lack of knowledge of nurses in relation to emergency and emergency work, the doctors and the heads. It is concluded that nurses work is constituted from the dynamics of the emergency room, sometimes presenting with limitation, resulting from organizational context and high patient demand. It has autonomy in its work, being recognized by the development of its activities with agility and speed in the making of decisions. The knowledge, experience and values of each professional strengthens their autonomy.

Keywords: Nursing. Professional autonomy. Ergology. Work.

LISTA DE SIGLAS

AACN	Associação Americana de Enfermeiros em Cuidados Críticos
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AMBU	Reanimador Para Ventilação Artificial com Reservatório
APST	Análise Pluridisciplinar das Situações de Trabalho
AVC	Acidente vascular cerebral
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CCS	Centro de Ciências da Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CRS	Coordenadoria Regional de Saúde
CTI	Centro de Terapia Intensiva
CTMO	Centro de Transplante de Medula Óssea
DD3P	Dispositivo Dinâmico de Três Pólos
DEA	Desfibrilador externo automático
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
GAP	Gabinete de Projetos
GELP	Grupo de Estudos de Lesões de Pele
GEP	Gerência de Ensino e Pesquisa
GETESSMA	Grupo de Estudo Trabalho, Enfermagem, Saúde, Segurança e Meio Ambiente
HUSM	Hospital Universitário de Santa Maria
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
NGD	Núcleo gerenciador de demandas
NIR	Núcleo Interno de Regulação
NPO	Nada por via oral
PA	Pressão arterial
PACR	Protocolo de Acolhimento por Classificação de Risco
PAM	Pressão Arterial Média
PE	Processo de Enfermagem
POP	Procedimentos Operacionais Padrão
PVC	Pressão venosa central
RAS	Rede de Atenção a Saúde
RJU	Regime Jurídico Único
RUE	Rede de Atenção às Urgências e Emergências
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SAME	Serviço de Arquivo Médico e Estatística
SCOPUS	SciVerse Scopus
SIE	Sistema de Informação para o Ensino
SRA	Sala de Recuperação Anestésica
SRI	Sala de Recuperação Intermediária
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UCI	Unidade de Cardiologia Intensiva
UFSM	Universidade Federal de Santa Maria
UPA	Unidade de Pronto-Atendimento
UPS	Unidade de Pronto-Socorro
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	15
2.1 O TRABALHO DO ENFERMEIRO NO PRONTO-SOCORRO.....	15
2.2 A DIMENSÃO DA AUTONOMIA NO TRABALHO DO ENFERMEIRO	19
2.2.1 Potencialidades e limites da autonomia do enfermeiro em ambiente hospitalar	21
2.3 O TRABALHO À LUZ DA ERGOLOGIA	41
3 MÉTODO	47
3.1 NATUREZA DA PESQUISA	47
3.2 CENÁRIO DA PESQUISA	48
3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA	48
3.4 COLETA DE DADOS E OPERACIONALIZAÇÃO	49
3.5 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	51
3.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	53
4 RESULTADOS.....	55
4.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO AMBIENTE DE TRABALHO DO ENFERMEIRO: A COMPLEXIDADE DO PRONTO-SOCORRO	55
4.2 O USO DE SI NO TRABALHO DO ENFERMEIRO	60
4.3 O TRABALHO PRESCRITO E O TRABALHO REAL: A REALIDADE DE UM PRONTO-SOCORRO	68
4.4 DRAMÁTICAS DO USO DE SI E RENORMATIZAÇÃO DO MEIO: CONSTRUIR E RECONSTRUIR O TRABALHO EM PRONTO-SOCORRO.....	84
4.5 AUTONOMIA DO ENFERMEIRO NO TRABALHO EM UM PRONTO-SOCORRO: AS FACILIDADES E AS DIFICULDADES	93
5 DISCUSSÃO	109
6 CONCLUSÃO.....	125
REFERÊNCIAS	127
ANEXOS	137
APÊNDICES.....	143

1 INTRODUÇÃO

“[...] apenas conhecemos uma pequena película da realidade”. Edgar Morin

Os prontos-socorros são considerados portas de entrada para o atendimento de pessoas em situação de urgência e emergência, apresentando, como finalidade, a recuperação e manutenção da saúde do paciente (TEIXEIRA et al., 2015). Segundo definição do Ministério da Saúde, o pronto-socorro é uma unidade destinada à prestação de assistência a pacientes com ou sem risco de vida, cujos agravos necessitam de atendimento imediato, com ou sem internação. A assistência nestas unidades é prestada por equipe multiprofissional, que precisa ter conhecimento clínico e científico para atuar em situações de urgência e emergência, de forma rápida, eficaz e eficiente (BRASIL, 2008; TEIXEIRA et al., 2015).

Dentre os membros desta equipe encontra-se o enfermeiro, cujo processo de trabalho é pautado por preceitos éticos e legais. Deste modo, todas as atividades desenvolvidas por este profissional são regidas pela Lei do Exercício Profissional nº 7.498, de 25 de junho de 1986, e também, pelo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, aprovado pela Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 567, de 6 de novembro de 2017 (COFEN, 2017; MORAIS FILHO et al., 2016). Neste contexto, o trabalho da enfermagem, nas instituições de saúde, articula-se ao processo de trabalho em saúde, o qual agrupa um conjunto de atividades programadas e normatizadas a fim de subsidiar a assistência (LUNARDI et al., 2011).

Nesse sentido, o processo de trabalho em saúde pode ser realizado sob diferentes configurações. Atualmente, caracteriza-se como um processo coletivo, uma vez que envolve uma equipe multiprofissional, no intuito de realizar as atividades necessárias à manutenção e recuperação da saúde dos pacientes.

Com relação ao trabalho da enfermagem, pode-se dizer que é pautado na assistência e no gerenciamento. A assistência refere-se ao cuidado prestado diretamente ao paciente. O gerenciamento, por sua vez, pressupõe a organização do trabalho da equipe e dos recursos materiais e humanos, bem como o seu planejamento, coordenação e supervisão (SANTOS; LIMA, 2011).

Em se tratando do enfermeiro atuante em unidades de pronto-socorro, este se constitui um profissional-chave para a oferta de uma assistência de qualidade, uma vez que nestas unidades os atendimentos são imprevisíveis devido à gravidade e a complexidade dos casos (SIMÕES et al., 2007). O gerenciamento é considerado uma das principais atribuições do enfermeiro, nestas unidades, sendo desenvolvido através do planejamento das atividades, do

dimensionamento de pessoal, da educação continuada, da supervisão, da avaliação de desempenho e dos recursos disponíveis de estrutura física e tecnológica (ZAMBIAZI; COSTA, 2013).

Diante de seu trabalho, o enfermeiro é visto como referência da equipe de enfermagem, na medida em que exerce a liderança da assistência de enfermagem prestada ao paciente. Esta liderança é uma ferramenta fundamental no atendimento a urgências e emergências, podendo proporcionar maior autonomia profissional ao enfermeiro (SILVA et al., 2014). Nesta perspectiva, normalmente, o primeiro contato do paciente que chega a uma unidade de pronto-socorro é com o enfermeiro, o qual iniciará a triagem, realizará a avaliação do paciente e determinará a prioridade e melhor conduta a ser seguida (TEIXEIRA et al., 2015).

Nesta direção, Kraemer, Duarte e Kaiser (2011) apontam que a autonomia profissional do enfermeiro se dá a partir da sua atuação e participação no processo de tomada de decisão acerca da assistência ao paciente. Nas unidades de pronto-socorro, esta autonomia relaciona-se com a experiência adquirida e a busca constante por conhecimento científico (SANTOS et al., 2017b).

Ressalta-se que a autonomia profissional é um requisito importante para o desenvolvimento do trabalho do enfermeiro. A autonomia configura-se em importante estratégia para que o enfermeiro desenvolva seu trabalho em prol do cuidado qualificado e seguro, e mantenha a organização dos serviços sob a sua responsabilidade, visando que toda a equipe consiga desenvolver a assistência para garantir o cuidado em sua totalidade (FERREIRA et al., 2016).

Em setores como as unidades de pronto socorro, dada a exigência de rapidez no atendimento e, em face da complexidade e risco de vida dos casos atendidos, o exercício da autonomia pelo enfermeiro, é essencial. Entretanto, também é necessário destacar que muitos fatores podem interferir, negativamente, em relação ao exercício da autonomia pelo enfermeiro, podendo afetar, não só as atividades por ele desenvolvidas, como também o cuidado realizado (SILVA; MENEGAT, 2014). Sob esta ótica, analisar a forma como ocorre o exercício da autonomia pelo enfermeiro, constitui-se em objeto de interesse neste estudo. Para tanto, propõem-se como pano de fundo para essa análise a abordagem ergológica, fundamentada nos estudos de Yvez Schwartz, o qual traz, em essência, uma discussão sobre o trabalho como um composto de aspectos técnicos conjugados a ação humana, numa relação repleta de singularidades frente às demandas exigidas e/ou presentes do mundo laboral (DURAFFOURG; DUC; DURRIVE, 2010).

O trabalho, conforme Schwartz é compreendido como uma ideia de aplicação e de execução de suas atividades e rotinas, visto como *uso*, aquilo que é feito de você e, quando você faz de si próprio, é o *uso de si*. A mobilização do *si* do sujeito instiga qualidades pessoais, assim como seus saberes e fazeres, seus valores, seus julgamentos que refletem na qualidade de seu trabalho (NOUROUDINE, 2004). A autonomia está diretamente correlacionada ao *uso de si*, no momento em que cada trabalhador se posiciona diante das normas já definidas e, mediante suas experiências e saberes, é capaz de confrontá-las e alterá-las fazendo uso da singularidade. Com isso, visa-se proporcionar o melhor trabalho naquele momento singular e preencher as lacunas das normas, as quais não são capazes de antecipar tudo (DURAFFOURG; DUC; DURRIVE, 2010).

A partir de leituras sobre o tema e com base no referencial teórico adotado para o desenvolvimento do estudo, delinea-se o pressuposto de que, o exercício da autonomia, pelo enfermeiro, em pronto-socorro, está atrelado a inúmeros fatores, os quais podem ter relação com a forma como se configura o '*uso de si*', por parte desse profissional. Como o pronto-socorro é uma unidade de atendimento imediato e que precisa ser realizado com rapidez e agilidade, surge a necessidade de investigação de como os enfermeiros exercem autonomia e uso de si, neste ambiente de trabalho. Destaca-se que a expressão '*uso de si*' tem aderência ao referencial teórico a ser adotado na investigação, o qual será detalhadamente explorado posteriormente.

Diante deste panorama, o interesse pela temática autonomia do enfermeiro em unidades de pronto-socorro emergiu de um processo que vem sendo construído, desde a graduação em Enfermagem na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) Campus Palmeira das Missões, a partir da participação em atividades de assistência e gerenciamento ao paciente crítico. Este interesse acentuou-se com a atuação como enfermeira em unidades de pronto-socorro, unidades de internação clínica e Unidade de Terapia Intensiva Adulto de três instituições hospitalares. Ainda, ampliou-se a partir da inserção no Grupo de Estudos em Trabalho, Enfermagem, Saúde, Segurança e Meio Ambiente (GETESSMA), no qual o tema autonomia profissional do enfermeiro foi objeto de discussões em diversos encontros.

Durante a atuação na assistência e coordenação das equipes percebeu-se a importância do trabalho do enfermeiro no gerenciamento das atividades da equipe de enfermagem. Ainda, identificou-se que o trabalho deste profissional em unidades de pronto-socorro apresenta uma gama de desafios por ser um ambiente crítico e complexo. Dentre estes desafios, encontram-se as dificuldades técnicas, administrativas e interpessoais para o exercício da sua autonomia

profissional. Assim, justifica-se a realização de estudo que versa acerca da autonomia do enfermeiro, em particular, em unidades de pronto-socorro, o que pode contribuir para a compreensão de como ocorre o exercício dessa autonomia, bem como dos elementos envolvidos nesse processo.

Também se justifica, pelos resultados de estudo de tendências desenvolvido no banco de Teses e Dissertações do Portal da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), sobre o que vem sendo produzido acerca da autonomia do enfermeiro no ambiente hospitalar. Este estudo identificou, que dentre as 51 dissertações e as 15 teses analisadas, apenas uma teve como cenário a unidade de pronto-socorro. A análise das publicações permitiu compreender que o processo de trabalho da enfermagem é visto como promotor de autonomia. Além disso, as publicações evidenciam uma relação entre o reconhecimento e a satisfação do trabalho do enfermeiro e sua autonomia profissional e as fragilidades do trabalho do enfermeiro no ambiente hospitalar.

A partir desse contexto, buscou-se com essa investigação ampliar conhecimentos sobre o tema, com foco na autonomia do enfermeiro no pronto-socorro. Em vista do exposto têm-se a seguinte **questão de pesquisa**: Como ocorre o exercício da autonomia por enfermeiros no Pronto-Socorro a partir da ótica da ergologia?

Tem-se como **objetivo geral** compreender como ocorre o exercício da autonomia no trabalho dos enfermeiros no pronto-socorro sob a ótica da ergologia. E como **objetivos específicos**:

- a) Conhecer como ocorre o uso de si, pelo enfermeiro, no trabalho em pronto-socorro;
- b) Conhecer como ocorre o trabalho real e o trabalho prescrito em âmbito do pronto-socorro;
- c) Identificar as dramáticas do uso de si e renormatizações nas atividades desenvolvidas pelos enfermeiros do pronto-socorro;
- d) Identificar os fatores que facilitam e que dificultam o exercício da autonomia pelos enfermeiros;

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Esta revisão apresenta elementos teóricos que permitem a construção do objeto de investigação, estando pautada nos seguintes eixos: o trabalho do enfermeiro no pronto-socorro e a dimensão da autonomia no trabalho do enfermeiro. Além disso, apresenta uma revisão integrativa sobre os fatores que interferem na autonomia profissional do enfermeiro no ambiente hospitalar e o referencial teórico da ergologia como subsídio para discussões sobre o trabalho e autonomia do enfermeiro.

2.1 O TRABALHO DO ENFERMEIRO NO PRONTO-SOCORRO

As unidades de pronto-socorro estão entre as mais complexas dentro das instituições hospitalares, devido à dinâmica do serviço e por disponibilizarem atendimento em tempo integral. São setores que prestam atendimento sempre que os usuários necessitarem, independente da complexidade do agravo à saúde (DUARTE; KRAEMER; CUNHA, 2014).

Para isso, as unidades de pronto-socorro necessitam de uma estrutura física adequada e de recursos tecnológicos, além de profissionais preparados e qualificados para prestar assistência adequada em situações de urgência e emergência. Além de garantir as manobras de sustentação de vida, essas unidades são também a porta de entrada para os pacientes com queixas crônicas e sociais (OHARA; MELO; LAUS, 2010; ROSSETI; GAIDZINSKI; FUGULIN, 2013).

Nesta direção, essas unidades são fundamentais por proporcionarem assistência complexa e de qualidade através do contínuo trabalho em equipe (CHEN; SHARMA, 2012). O bom trabalho em equipe permite conexões entre a prática e os saberes de cada profissional envolvido nesta atividade. É respeitar e trabalhar em prol do mesmo objetivo, buscando integrar os diferentes saberes, a fim de adquirir o mesmo resultado que é a qualidade da assistência (SANTOS et al., 2016).

Os serviços de pronto-socorro que oferecem o atendimento de emergência têm características peculiares, que influenciam na organização e no gerenciamento do cuidado. O enfermeiro, para desenvolver seu trabalho e sua autonomia neste serviço, precisa agir com conhecimento, ética, respeito e com capacidade de resolver as diversas situações encontradas, além de oferecer a assistência com maior qualidade aos pacientes. (KRAEMER; DUARTE; KAISER, 2011).

Promover a autonomia e o domínio sobre o local de trabalho contribui para um ambiente favorável na execução das atividades de toda a equipe multiprofissional. Além de que, a relação com essa equipe multiprofissional, deve ser fundamentada no respeito, no conhecimento e nas habilidades requeridas para a sua função (BOARETTO et al., 2016).

Garcia e Fugulin (2010) descrevem que os enfermeiros das unidades de pronto-socorro desenvolvem atividades, muitas das quais não são de sua competência. Assim, muitas vezes, não têm o tempo necessário para desempenhar suas funções, pois este setor é um local de imprevisibilidade e incertezas, exigindo, do profissional, rapidez de raciocínio e prontidão nas decisões. Esse contexto faz refletir a necessidade de rever os processos de trabalho para concentrar esforços e ganhar tempo na execução das atividades.

A fim de organizar os serviços de urgência e emergência oferecidos no pronto-socorro, as instituições utilizam o Protocolo de Acolhimento por Classificação de Risco (PACR) (CAMARA et al., 2015), para que os usuários possam ser atendidos de forma mais qualificada, sem prejuízo ou agravo da sua saúde. Esse sistema oferece segurança e agilidade para prestar atendimento imediato a pacientes, e para organizar o serviço e agilizar o atendimento garantindo todas as manobras de sustentação à vida (DUARTE; KRAEMER; CUNHA, 2014; NASCIMENTO et al., 2011).

Conforme a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem nº 423/12, a classificação de risco nos hospitais é de competência do enfermeiro, envolvendo ética, embasamento técnico-científico e tomada de decisão imediata (COFEN, 2012). Portanto, o profissional que realiza a classificação deve conhecer os preceitos que regem este processo e a padronização da atenção prevista pelo Ministério da Saúde, além de possuir habilidades que garantam rigor técnico-científico ao procedimento (BRASIL, 2009).

Além do mais, há outras competências legais do enfermeiro no atendimento de situações de urgência/emergência, as quais estão amparadas por resoluções do COFEN. Dentre estas, destacam-se: a montagem, conferência e reposição de materiais do carro de emergência (Parecer nº 37/2 013/SP); a prescrição de oximetria contínua juntamente com a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) (Parecer nº 016/2010/DF); as punções arterial (Resolução COFEN nº 390/2011) e de veia jugular externa (Parecer nº 012/2007/DF; Parecer nº 010/2009/DF; Parecer nº 003/2009/AL; Parecer nº 016/2010/ES; Parecer nº 002/2010/SC; Parecer nº 45/2013/SP) (MORAIS FILHO et al., 2016).

Ainda, há outras competências do enfermeiro do pronto-socorro, que são procedimentos mais complexos e que exigem a especialização, tais como: a inserção da máscara laríngea (Parecer nº 022/2011/DF; Decisão nº 128/2009/RS; Parecer nº 040/2012/MS; Parecer nº

056/2012/MS), a desfibrilação com o uso do Desfibrilador Externo Automático (DEA) (Parecer nº 26/2 013/SP), manobra vagal (Parecer nº 33/2010/SP), e punção intra-óssea (Parecer nº 01/2009/SP) (MORAIS FILHO et al., 2016).

Além destas competências clínicas, o enfermeiro nas unidades de pronto-socorro envolve-se, diretamente, no gerenciamento do setor. O trabalho gerencial é uma atividade fundamental do enfermeiro, a fim de planejar, organizar e controlar os recursos humanos e materiais, no sentido de proporcionar e disponibilizar todo suporte necessário de atendimento, com o intuito de garantir a continuidade da assistência também pelos demais profissionais da equipe (SANTOS et al., 2009; ZAMBIASI; COSTA, 2013).

Para garantir a segurança e a qualidade do atendimento, é essencial a articulação entre a assistência e o gerenciamento. Em razão de assegurar a organização da unidade, o suporte para a equipe e o atendimento ao grande fluxo de pacientes que dão entrada no pronto-socorro, necessita-se tanto da assistência emergencial, quanto do gerenciamento do cuidado e da unidade (ZAMBIASI; COSTA, 2013).

O cuidado aos familiares/acompanhantes também se configura como atividade inerente ao exercício profissional do enfermeiro em pronto-socorro, especialmente no que tange ao apoio e a assistência necessária a eles em todo momento. Destacam-se, ainda, as atividades relacionadas a educação em saúde, com o objetivo de proporcionar uma melhor qualidade de vida e de saúde do indivíduo (SANTOS; LIMA, 2011; ZAMBIASI; COSTA, 2013).

Atualmente, observa-se que os atendimentos de urgência e emergência, nos serviços de saúde, têm aumentando significativamente, o que é um indicativo para a implantação e/ou reorganização dos processos de trabalho (GONÇALVES; BIERHALS; PASKULIN, 2015). Os processos de trabalho têm uma relação mútua com a prática clínica. Por se tratar de uma unidade que atende urgências e emergências, o conhecimento clínico é fundamental na identificação e intervenção imediata de um problema de saúde, é uma ferramenta para a produção do cuidado centrado nos usuários (sujeito doença e sujeito em seu contexto). Assim, a clínica pode configurar-se como um instrumento importante para o desenvolvimento do trabalho da Enfermagem (SOUSA et al., 2013).

Por esse viés, é visível a alta demanda de atendimento nos serviços de urgência e emergência hospitalar, que, muitas vezes, estão associados a problemas de baixa complexidade, que poderiam ser resolvidos em serviços de atenção básica ou especializados (OLIVEIRA et al., 2011; CASSETTARI; MELLO, 2017). Na perspectiva de mudanças no fluxo de atendimento, atualmente encontra-se a Rede de Atenção a Saúde (RAS), para organizar as ações

e serviços de saúde, que buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010). Dentro dessa rede, há a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), compostas pelo serviço de atenção básica e demais serviços de atendimento pré-hospitalares, a fim de evitar a superlotação nos prontos-socorros hospitalares (BRASIL, 2011b).

Porém nesse fluxo, as redes de atenção esbarram no funcionamento incompleto, burocrático e desarticulado do sistema, tornando esse fluxo lento e com resultados insatisfatórios para a população que busca pelo atendimento. Os profissionais sofrem as consequências desse fluxo inadequado, pois não conseguem garantir o atendimento integral, efetivo e contínuo aos pacientes, e encaminhando para o serviço hospitalar (ARRUDA et al., 2015).

No entanto, no serviço de pronto-socorro hospitalar muitos atendimentos em situações críticas de vida são prestados, os quais, devido à gravidade do quadro, necessitam de cuidados mais complexos, como no caso de acidentes ou enfermidades imprevistas ou de pacientes com diagnóstico de acidente vascular encefálico (RIBEIRO et al., 2016), acidentes de trânsito, com maior número de vítimas de diversos traumas (MASCARENHAS et al., 2016; DI CREDO; FELIX, 2012), traumatismo cranioencefálico (ROCHA; NEVES; VIEGA, 2016), doença cardiovascular, com maior prevalência no infarto agudo do miocárdio (NASCIMENTO, 2017) e o trauma em idosos portadores de doenças preexistentes (DEGANI et al., 2014).

Mediante esta complexidade, a Associação Americana de Enfermeiros em Cuidados Críticos (AACN), refere que existe uma profunda ligação entre qualidade do ambiente de trabalho e a excelente prática na enfermagem, principalmente em unidade de atendimento crítico e com cuidados agudos. Enfatiza, ainda, que o conhecimento e as habilidades de cada profissional devem ser respeitados para alcançar cuidados seguros e de qualidade (AACN, 2005). O trabalho do enfermeiro nas organizações visa a constante prática de competências gerenciais e assistenciais, para que estes profissionais liderem o serviço com efetividade e qualidade, sabendo agir, revolver situações, transmitir conhecimentos, aprender diariamente, resolver e auxiliar nas exigências que a unidade demanda (MANENTI et al., 2012).

Araszewski et al. (2014), descrevem o trabalho diferenciado que o enfermeiro de uma unidade de pronto-socorro precisa ter para conduzir as demandas existentes, devido as peculiaridades encontradas nas situações de emergências. Destacam que o enfermeiro precisa ser o líder na unidade de pronto-socorro, para desenvolver suas competências de gerenciamento e de assistência, fazendo uso de suas capacidades de comunicação, negociação, autonomia, criatividade e conhecimento. Para melhor compreender o trabalho do enfermeiro nas

instituições hospitalares, será abordada a questão da autonomia profissional, que está descrita no próximo eixo.

2.2 A DIMENSÃO DA AUTONOMIA NO TRABALHO DO ENFERMEIRO

Este capítulo apresenta os conceitos de autonomia, um termo complexo e atualmente muito discutido. A palavra autonomia vem do grego *autonomos* (de *autos*, “ele próprio”, e *nomos*, “lei”; “que se governa pelas suas próprias leis”), que significa capacidade de se governar por si mesmo; direito ou capacidade de se reger por leis próprias; liberdade ou independência moral ou intelectual (JESUS; SAID, 2008).

Do ponto de vista filosófico, encontra-se o conceito de autonomia individual e autonomia do trabalho. A autonomia individual pode ser entendida como uma construção da identidade pessoal, dependente das relações de reconhecimento mútuo. Também é compreendida como autogovernança, autodeterminação, construção de objetivos e valores próprios, liberdade de fazer escolhas e planos (ROSENFELD; ALVES, 2011). Importante destacar que, a liberdade apresentada na autonomia individual não significa liberdade absoluta, já que depende de valores e de conquista adquiridos, tornando-se sempre, em alguma medida, heterônoma. É estar disponível para cumprir determinados deveres e ter a responsabilidade diante de si mesmo e da comunidade (ROSENFELD; ALVES, 2011).

Rosenfield e Alves (2011) mencionam que apresenta características que são rotineiras, muitas vezes, não percebidas, pelos trabalhadores, no seu agir. De acordo com os autores supracitados, a autonomia no trabalho integra a organização do trabalho ligada juntamente com as exigências operacionais funcionais do local; a identidade que busca a afirmação de si, de liberdade e a dimensão social para reconhecimento dos cidadãos (ROSENFELD; ALVES, 2011).

A autonomia é uma condição essencial e inevitável do desenvolvimento da competência profissional, para que os profissionais possam realizar e desenvolver suas atividades com qualidade. A autonomia pode ser definida como sendo um espaço de decisão e intervenção nos processos de trabalho, compreendendo também, ao profissional, a disponibilidade de participar nas organizações da instituição, bem como auxiliar e influenciar nas decisões e mudanças que o trabalho exige (KOVÁCS, 2006).

Conforme Kovács (2006), a autonomia no trabalho refere-se à compreensão da liberdade de decisão dos trabalhadores e da liberdade de intervenção no seu processo de

trabalho. Esse conceito aborda, também, a possibilidade de autocontrole e autoavaliação; a participação na forma de organização e no funcionamento da empresa; e, a oportunidade de influenciar as decisões sobre mudanças na organização do trabalho e nas condições de trabalho.

Em razão disso, a autonomia não deve ser compreendida como algo absoluto, ilimitado e autossuficiente, mas como uma "condição" que se concretiza no mundo e não apenas na consciência dos sujeitos. A autonomia na área da enfermagem ainda é influenciada pelo modelo assistencial biomédico. Instigado pela organização capitalista do trabalho no setor de saúde, o modelo biomédico fortalece a atuação e o trabalho do médico, visto como o coordenador e líder do processo de trabalho assistencial (MELO et al., 2016).

Diante disso, a autonomia profissional do enfermeiro encontra-se limitada e, muitas vezes, restrita pela assistência médica, assim como, também é limitada e até às vezes bloqueada no interior das instituições de saúde, cumprindo as exigências da instituição e enfrentando a precarização do trabalho, o que torna o enfermeiro ainda mais vulnerável e menos autônomo (MELO et al., 2016).

A autonomia profissional é um atributo que o enfermeiro vem buscando desde os primórdios até a atualidade, com o objetivo de tornar visível o seu trabalho, fundamentado em seus conhecimentos e competências (RIBEIRO, 2011). A autonomia é fundamental no trabalho profissional, visto que gera um trabalho interdisciplinar eficaz, respeito entre os profissionais e a liberdade na tomada de decisões (KRAEMER; DUARTE; KAISER, 2011).

No que tange ao trabalho do enfermeiro, o exercício da autonomia está diretamente relacionado ao cuidado que é prestado. A atual complexidade e dinâmica do trabalho do enfermeiro, mediante aos avanços científicos e tecnológicos, requerem tomada de decisões ágeis, devido às incertezas, às singularidades e à ambiguidade com as quais têm de vivenciar (RIBEIRO, 2011). O autor reitera, ainda, que a tomada de decisão deve basear-se em valores éticos, em conhecimentos e na experiência (RIBEIRO, 2011).

A autonomia profissional é definida como a liberdade de tomar decisões ágeis e obrigatórias, que são consistentes à prática do enfermeiro, como também a liberdade para agir sobre essas decisões. Assim, o enfermeiro deve ter autonomia profissional para ser capaz de trabalhar com o paciente para atingir resultados eficazes (BULARZIK; TULLAI-MCGUINNESS; SIELOFF, 2013). Para organizar o trabalho do enfermeiro, os profissionais amparam suas ações no processo de enfermagem, implementando-as no seu trabalho (SOUZA; SANTOS; MONTEIRO, 2013).

Este trabalho segue a resolução do COFEN 358/2009, que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes,

públicos ou privados (COFEN, 2009). O processo de enfermagem (PE) é um instrumento metodológico possível de orientar o cuidado. Esse instrumento se organiza em cinco etapas: histórico de enfermagem; diagnóstico de enfermagem; planejamento de enfermagem; implementação e avaliação de enfermagem (COFEN, 2009). E, se utilizado com rigor e continuidade, esse instrumento fornece ao enfermeiro o reconhecimento do seu trabalho e autonomia nas suas atividades (PIVOTO et al., 2017).

A autonomia profissional do enfermeiro é constituída por conquistas técnicas-científicas e, primordialmente, pelo desenvolvimento de uma prática cidadã (ABEN, 2007). A enfermagem é reconhecida como uma profissão do cuidado e a autonomia do enfermeiro, neste contexto, são essenciais para que possa haver a organização dos serviços, intervir no processo de trabalho e poder definir quais as prioridades necessárias na assistência e atuar efetivamente em prol do paciente (BUENO; QUEIROZ, 2006).

Ter autonomia é um componente essencial para o enfermeiro, uma vez que seu trabalho está pautado diretamente ao processo de cuidar. Esse cuidado requer resolução de problemas e tomada de decisão, a fim de conduzir o trabalho e garantir a assistência, com base em seu conhecimento, determinando os cuidados que serão prestados para um indivíduo, planejando e implementando ações em sua esfera de competência. Dentro desse contexto, pode-se dizer que o cuidado de enfermagem e a autonomia profissional estão em uma relação dialética (BAYKARA; ŞAHINOĞLU, 2014).

As atividades de assistência e coordenação dos enfermeiros são fundamentais para a qualidade do atendimento prestado. Contudo, sabe-se que durante o desenvolvimento dessas atividades, em vários momentos, o enfermeiro encontra dificuldades técnicas, administrativas e interpessoais para exercer sua autonomia nas unidades de pronto socorro. Para fundamentação dessa pesquisa, será apresentado no item 2.2.1 uma revisão integrativa que teve como objetivo identificar as evidências disponíveis na literatura científica sobre os fatores que interferem na autonomia profissional do enfermeiro no ambiente hospitalar.

2.2.1 Potencialidades e limites da autonomia do enfermeiro em ambiente hospitalar

POTENCIALIDADES E LIMITES DA AUTONOMIA DO ENFERMEIRO EM AMBIENTE HOSPITALAR¹

Mônica Strapazzon Bonfada, Silviamar Camponogara

¹ Artigo publicado na Revista de Enfermagem UFPE online

RESUMO

Objetivo: identificar os fatores que interferem na autonomia profissional do enfermeiro no ambiente hospitalar. **Método:** revisão integrativa, realizada em agosto de 2017 por meio de consulta nas bases de dados LILACS, MEDLINE e SCOPUS, com 22 artigos selecionados. A análise dos artigos se deu com a técnica de Análise de Conteúdo, na modalidade Análise Temática. **Resultados:** na análise, criaram-se as categorias “fatores que potencializam a autonomia do enfermeiro no ambiente hospitalar” - Sistematização da Assistência de Enfermagem, classificação dos pacientes em serviços de urgência e emergência, conhecimento técnico-científico, experiência profissional, valorização profissional, relações interpessoais, satisfação no trabalho e a comunicação entre equipe multiprofissional e pacientes e “fatores que limitam a autonomia do enfermeiro no ambiente hospitalar” - Influência do médico no trabalho do enfermeiro, tipo de unidade onde o enfermeiro atua (crítica ou não crítica), deficiência do conhecimento técnico-científico, hierarquia, exaustão física e emocional (sobrecarga de trabalho), estrutura física inadequada, escassez de material e construção social do gênero. **Conclusão:** muitos fatores interferem como potencializadores e limitadores para a autonomia do enfermeiro. Assim, salienta-se a importância deste profissional estar em constante aperfeiçoamento e em busca de reconhecimento.

Descritores: Autonomia Profissional; Enfermagem; Ambiente de Trabalho; Serviço Hospitalar de Enfermagem; Enfermeiras e Enfermeiros; Revisão.

INTRODUÇÃO

Entende-se que, atualmente, o setor de saúde sofre os impactos do mercado neoliberal globalizado com inúmeras repercussões. Especificamente, a Enfermagem busca o desenvolvimento constantemente, com vistas ao aprimoramento profissional, no desempenho de atividades assistenciais, organizacionais-administrativas, de gestão em saúde, bem como no processo de pesquisa e formação profissional.¹

Sabe-se que o mercado de trabalho influencia nas especificidades do trabalho em saúde de cada profissão. Para a Enfermagem, essas repercussões do trabalho estimulam a busca por novos desafios, a desenvolver-se e qualificar-se na reapropriação dos saberes e suas capacidades profissionais, na valorização da autonomia profissional e no estímulo ao modo proativo de intervir em saúde frente às diferentes demandas sociais.¹

Evidencia-se, no que tange à autonomia profissional do enfermeiro, que autores apontam importantes aspectos que têm implicações sobre essa questão e incluem desde a formação profissional, especialmente em relação à reflexão crítica, até o processo de trabalho da Enfermagem. Abordam, ainda, a questão das relações interpessoais, que pode vir a proporcionar o trabalho em equipe, a liberdade de expressão e o respeito a cada profissional.²

Interfere-se na autonomia do enfermeiro por meio de diversos fatores que podem ser positivos ou negativos para o trabalho desses profissionais. A autonomia está intimamente relacionada aos saberes próprios da profissão, a fim de exercer atividades com poder e qualidade, fundamentados no saber científico, que é reconhecido como a ferramenta mais poderosa no trabalho do enfermeiro.³

Percebe-se, ainda, que existem algumas interferências na autonomia do enfermeiro ligadas ao modelo biomédico, o qual ainda baliza a atuação profissional, atuando como fator limitador para o efetivo exercício da autonomia. A autonomia profissional precisa estar direcionada ao trabalho coletivo, de forma compartilhada, pois os profissionais possuem formação e práticas distintas e necessárias para a prestação das atividades.⁴

Afirma-se, diante do contexto de autonomia profissional, que a autonomia do enfermeiro está diretamente ligada ao ambiente de trabalho. O ambiente hospitalar pode favorecer a autonomia profissional e o exercício da liderança, o que está relacionado à qualidade assistencial e à satisfação profissional.⁵ A autonomia do enfermeiro implica em o profissional usufruir da sua capacidade de se governar e, com base no conhecimento técnico-científico, trabalhar em prol do cuidado qualificado.⁶

Indaga-se, diante da temática da autonomia profissional do enfermeiro no ambiente hospitalar: Quais os fatores que interferem na autonomia do enfermeiro no ambiente hospitalar?

OBJETIVO

Identificar os fatores que interferem na autonomia profissional do enfermeiro no ambiente hospitalar.

MÉTODOS

Trata-se de revisão integrativa que exige do pesquisador recursos, conhecimentos e habilidades para conduzir e executar a revisão iniciando-se pela busca dos estudos primários, analisando-se os resultados e divulgando-se as evidências encontradas.⁷

Percorrem-se, por meio da revisão integrativa, as seguintes etapas para o seu desenvolvimento: formulação da pergunta; amostragem, que inclui os critérios de inclusão e exclusão; a seleção dos descritores, a busca em cada base de dados e a seleção dos estudos encontrados; a extração de dados dos estudos primários; a avaliação crítica com os níveis de evidências; a análise e a síntese dos resultados da revisão e a apresentação da revisão.⁷

Desenvolveu-se a busca nas bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) e *SciVerse Scopus* (SCOPUS), em agosto de 2017. Como estratégia de busca, foram utilizadas as palavras e os descritores “autonomia profissional” (*professional autonomy*), Enfermagem (*nursing*), autonomia (*autonomy*), trabalho (*work*), hospital (*hospitals*) e fatores (*factors*), em diferentes combinações, com o uso do operador *booleano and*.

Utilizou-se a seguinte estratégia de busca na base de dados LILACS: "autonomia profissional" [descriptor de assunto] *and* "Enfermagem" [palavras]. Na MEDLINE, a estratégia usada foi: "*autonomy*" [palavras] *and* "*nursing*" *and* "*work*" [palavras] *and* "*hospitals*" *and* "*factors*" [palavras]. E na SCOPUS: *KEY (professional autonomy) AND KEY (nursing) AND TITLE-ABS-KEY (hospitals) AND TITLE-ABS-KEY (factors) AND (LIMIT-TO (DOCTYPE, "ar")) AND (LIMIT-TO (LANGUAGE, "English") OR LIMIT-TO (LANGUAGE, "Portuguese"))*).

Elencaram-se como critérios de inclusão: versar sobre a temática proposta no título, no resumo ou nos descritores, bem como estar disponível eletronicamente na íntegra nos idiomas português, inglês ou espanhol. Constituíram-se como critérios de exclusão: artigos sobre a temática com estudantes, docentes e usuários da atenção primária e artigos sem resumo na base de dados ou incompletos. Não foi definido recorte temporal. Os artigos duplicados foram considerados apenas uma vez.

Encontraram-se, assim, de acordo com os critérios estabelecidos, 79 produções na LILACS, 211 produções na MEDLINE e 108 produções na SCOPUS, totalizando 398, dentre as quais foram selecionados 22 artigos para a análise, conforme mostra a figura 1.

Destaca-se que a busca foi realizada por dois revisores, independentemente. Após o confronto dos resultados divergentes, foi feita a análise da busca até a obtenção de consenso.

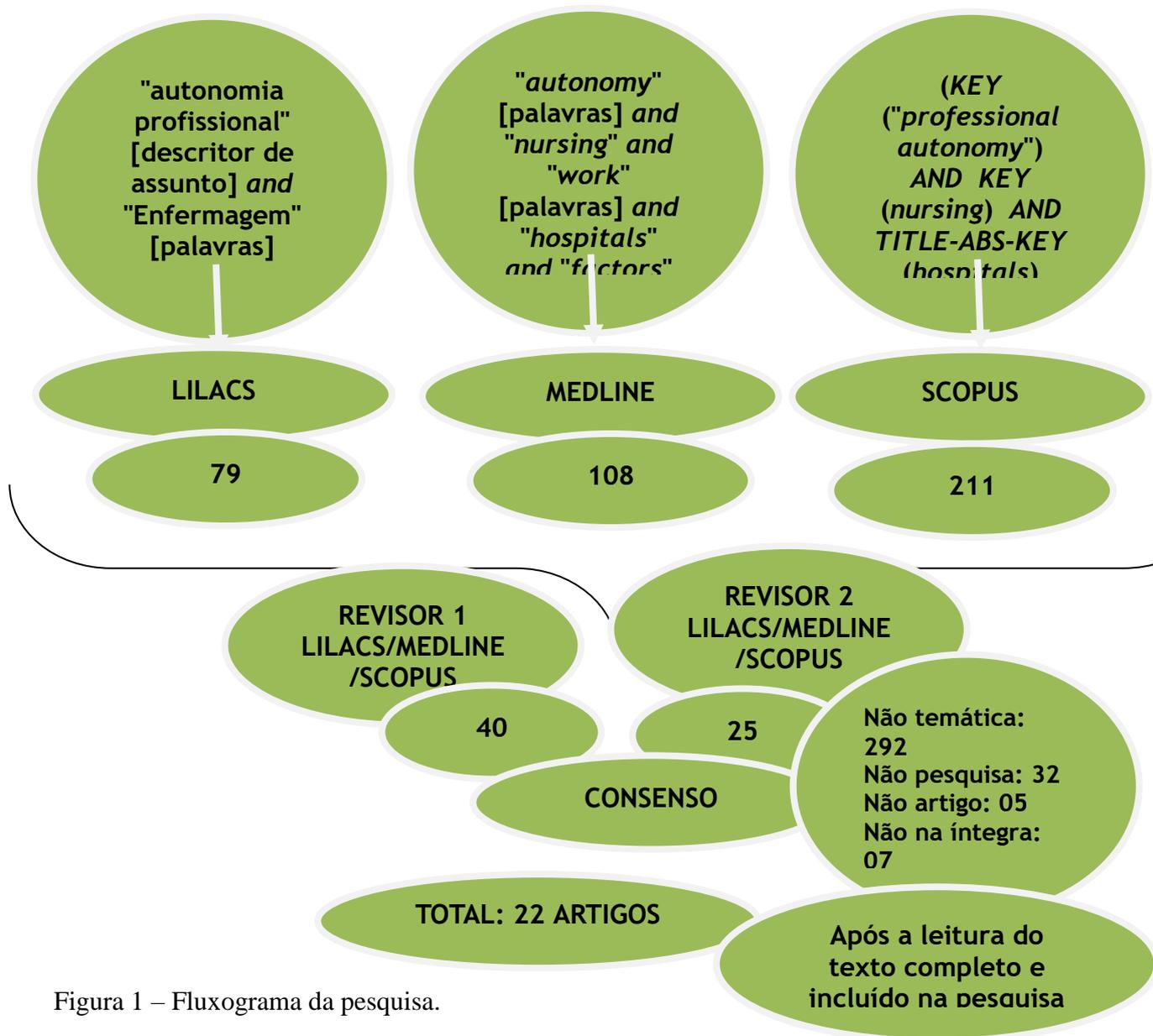


Figura 1 – Fluxograma da pesquisa.

RESULTADOS

Realizou-se uma leitura criteriosa de todas as informações considerando os artigos selecionados para esta pesquisa. Na figura 2, são apresentados os artigos incluídos no estudo conforme o título, o tipo do estudo e o nível de evidência. Os estudos foram classificados de acordo com os níveis de evidências descritos por Melnyk e Fineout-Overholt,⁸ que levam em consideração o tipo de questão clínica de cada estudo primário.

TÍTULO	Tipo de estudo	Nível de evidência
Sistematização da assistência de enfermagem na perspectiva para a autonomia profissional ⁹	Pesquisa descritiva e exploratória. Analisada utilizando-se a estatística descritiva	N4***
Tratamento de lesões de pele em recém-nascidos: conhecendo as necessidades da equipe de enfermagem ¹⁰	Qualitativa do tipo convergente-assistencial	N2***
Percepção do enfermeiro sobre a realização da classificação do risco no serviço de urgências ¹¹	Qualitativa	N2***
Autonomia profissional e sistematização da assistência de enfermagem: percepção de enfermeiros ¹²	Pesquisa qualitativa, descritiva, com grupo focal.	N2***
Dinâmicas atuais da enfermagem em Portugal: a representação dos enfermeiros ¹³	Pesquisa qualitativa por meio de testemunhos narrativos	N2***
Autonomia e a prática assistencial do enfermeiro ¹⁴	Qualitativa	N2***
Autonomía de la enfermera que asiste el parto normal en Brasil ¹⁵	Pesquisa qualitativa e exploratória	N2***
Estudo da estrutura da representação social da autonomia profissional em enfermagem ¹⁶	Teoria das Representações Sociais	N2***
Factors Affecting Professional Autonomy of Japanese Nurses Caring for Culturally and Linguistically Diverse Patients in a Hospital Setting in Japan ¹⁷	Desenho descritivo de seção transversal	N4***
Factors Associated With Full Implementation of Scope of Practice ¹⁸	Estudo correlacional descritivo	N4***
An evaluation of nurses' professional autonomy in Turkey ¹⁹	Abordagem de métodos mistos	N2***
Burnout in Psychiatric Nursing: Examining the Interplay of Autonomy, Leadership Style, and Depressive Symptoms ²⁰	Abordagem estrutural, técnica de evocação livre ao termo autonomia	N2***
Professional autonomy, collaboration with physicians, and moral distress among European intensive care nurses ²¹	Estudo correlacional descritivo	N4***

Professional autonomy and job satisfaction: Survey of critical care nurses in mainland Greece ²²	Um levantamento de questionário - regressão logística múltipla	N4***
American nurses' work autonomy on patient care and unit operations ²³	Método eletrônico de coleta de dados, carta-convite.	N2***
Nurses' autonomy: Influence of nurse managers' actions ²⁴	Pesquisa descritiva	N2***
Factors influencing job valuation: A comparative study of critical care and non-critical care nurses ²⁵	Análise fatorial	N4***
Professional autonomy and work setting as contributing factors to depression and absenteeism in Canadian nurses ²⁶	Análise secundária transversal	N4**
Nurses' autonomy level in teaching hospitals and its relationship with the underlying factors ²⁷	Estudo descritivo transversal	N4***
Supervisor-subordinate communication relationships, role ambiguity, autonomy and affective commitment for nurses ²⁸	Desenho transversal	N4***
Use of technological equipment in critical care units: nurses' perceptions in Greece ²⁹	Questionário baseado em uma revisão de literatura	N2***
Determinants of staff nurses' perceptions of autonomy within different clinical contexts ³⁰	Pesquisa qualitativa	N2***

Figura 2 - Artigos selecionados na base de dados LILACS, SCOPUS e MEDLINE.

* Corresponde a estudos primários com questões clínicas direcionadas para o tratamento/intervenção;

** Corresponde a estudos primários com questões clínicas direcionadas para o prognóstico ou a etiologia;

*** Corresponde a estudos primários com questões clínicas direcionadas para o significado ou a experiência.

Destaca-se que os artigos foram publicados desde o ano de 1982 até 2016. Destes, o ano de maior publicação foi 2014, com 18,2%, seguido de 2016, com 13,7%. Os anos de 2015, 2012, 2010 e 2005 totalizaram 9,1% cada. Os demais anos somaram uma publicação cada (4,5%) e foram 2011, 2008, 2007, 2006, 2004, 2001 e 1982. Houve predominância de estudos no idioma inglês (68,2%), com 15 publicações, seguido de seis artigos publicados em português (27,3%) e um em espanhol (4,5%).

Verificou-se, com relação à caracterização dos estudos selecionados, que sete foram desenvolvidos no Brasil (31,8%); dois, nos Estados Unidos da América (9,1%); dois, na Grécia (9,1%); dois, na Austrália (9,1%); um, no Japão (4,5%); um, em Portugal (4,5%); um, no Irã (4,5%); um, em Israel (4,5%); um, na Turquia (4,5%); um, na Europa (4,5%); um, no Canadá (4,5%); um, nos EUA/Canadá/Reino Unido (4,5%) e um (4,5%) que não teve identificação quanto ao local de realização.

Observou-se, no que se refere à população de Enfermagem pesquisada, que os participantes incluíram: 11 estudos com enfermeiros de diferentes unidades hospitalares (50%) seguidos de três estudos com enfermeiros de cuidados intensivos (13,7%); dois com enfermeiros de unidade de internação (9,1%); um com enfermeiros psiquiátricos (4,5%); um com enfermeiros de serviço de urgência (4,5%); um de UTI neonatal (4,5%); um de UTI adulto (4,5%); um de centro obstétrico (4,5%); um com enfermeiros de ortopedia/neurologia e UTI adulto (4,5%).

Revela-se, em relação aos tipos de estudos incluídos, o nível de evidência II, que corresponde a estudos primários com questões clínicas direcionadas para o significado ou a experiência, que prevaleceu em 11 estudos (50%).

Emergiram-se duas categorias após a análise dos artigos selecionados: “fatores que potencializam a autonomia do enfermeiro no ambiente hospitalar” e “fatores que limitam a autonomia do enfermeiro no ambiente hospitalar”.

Fatores que potencializam a autonomia do enfermeiro no ambiente hospitalar

Apresentam-se, nessa categoria, os fatores que potencializam a autonomia do enfermeiro no ambiente hospitalar, os quais incluem com maior destaque: a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE); a classificação dos pacientes em serviços de urgência e emergência; o conhecimento técnico-científico; a assistência transcultural; a experiência profissional; a valorização profissional; relações interpessoais e comunicação entre equipe multiprofissional e paciente.

Possibilitou-se, por meio da análise dos estudos, identificar a importância da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), como geradora de autonomia, durante o processo de trabalho. Estudos mostram que os enfermeiros alegam que a SAE promove autonomia no momento em que cada profissional busca o conhecimento essencial para organizar e ordenar a assistência, além de facilitar o trabalho direcionando-o para que todos os profissionais da Enfermagem possam agir do mesmo modo e tornando o trabalho do enfermeiro visível tanto para o profissional enfermeiro, quanto perante a equipe multiprofissional.^{9,12} Sinalizam, também, a importância da organização da assistência e os registros de Enfermagem do que já foi realizado a fim de que a equipe siga as mesmas condutas.

Descreve-se, por meio de autores, que a autonomia é potencializada não apenas no saber teórico, mas na atuação resolutiva em situações complexas e na capacidade de tomada de decisão.¹⁴ Ainda, estudos^{10,13,18} apontam o conhecimento como o propulsor de autonomia. O conhecimento das atividades desenvolvidas é considerado um fator positivo para potencializar a autonomia profissional, uma vez que é tido como a base para o cuidado e para a confiança da equipe. Além disso, a realização de cursos de especialização pode ser considerada, também, um fator gerador de autonomia.²⁴

Salienta-se que o conhecimento técnico-científico, a experiência profissional,^{14,19,21,23-4} a habilidade, a liderança nas suas atividades,^{14,20} relações interpessoais positivas, a valorização profissional e a confiança da equipe¹⁴ apareceram como fatores que interferem, positivamente, na autonomia do enfermeiro no ambiente hospitalar.

Informa-se que o conhecimento aparece como uma consequência do aperfeiçoamento e do desenvolvimento profissional para a conquista do espaço de trabalho. Esse conhecimento implica a autonomia de ação oportunizando a liberdade de buscar a mudança e superar as práticas baseadas no empirismo.¹⁶ Em um estudo desenvolvido no Japão, salientou-se a importância da comunicação entre profissional e pacientes, em decorrência da diversidade cultural, objetivando a autonomia do enfermeiro.¹⁷

Visualizam-se a realização pessoal²⁰ e a satisfação no trabalho²¹ como outros fatores que também se destacaram por interferir positivamente na autonomia profissional, assim como a autoconfiança quando o trabalho é realizado com prazer.¹⁹ Ainda, a questão de ser enfermeiro gerente proporciona mais autonomia,^{22,27} assim como uma boa comunicação/relação com a gerência da instituição.^{24,30}

Enfoca-se, ainda, a classificação de risco em serviço de urgência e emergência como forma de organização dos serviços que beneficia os enfermeiros na medida em que lhes concede autonomia. A autonomia está presente na tomada de decisões nas classificações dos pacientes regulamentando a porta de entrada e atendendo individualmente cada paciente. Como resultado dessa autonomia, aponta-se o reconhecimento profissional pelos pacientes.¹¹

Pode-se perceber assim, que há muitos fatores fundamentais que geram a autonomia profissional no trabalho do enfermeiro. Esses fatores, ainda, contribuem para o crescimento e para a qualidade da assistência onde os profissionais buscam o conhecimento, as experiências, o trabalho em equipe, a habilidade, entre outros, a fim de buscar seu reconhecimento profissional pelos usuários, colegas, instituições e sociedade. No entanto, ainda são visíveis

fatores que limitam a autonomia do enfermeiro no ambiente hospitalar e que acabam influenciando negativamente a assistência, o que é explanado na categoria a seguir.

Fatores que limitam a autonomia do enfermeiro no ambiente hospitalar

Abordam-se, nessa categoria, os fatores que limitam a autonomia do enfermeiro no ambiente hospitalar. Com relação a essa categoria, houve destaque para a influência do médico no trabalho do enfermeiro, o tipo de unidade onde o enfermeiro atua (crítica ou não crítica), a deficiência do conhecimento técnico-científico, a hierarquia, a exaustão física e emocional (sobrecarga de trabalho), a estrutura física inadequada, a escassez de material e, também, a construção social do gênero.

Sabe-se que a autonomia do enfermeiro, no ambiente hospitalar, sofre forte influência do relacionamento com o profissional médico. Diversos estudos abordaram a questão da submissão em relação às ordens médicas, o que acaba limitando a autonomia do enfermeiro,^{13,21-2,24-5} assim como a dependência do enfermeiro em relação ao médico para realizar algum cuidado e/ou ação.¹⁹ Também houve menção ao fato de haver maior valorização do trabalho do profissional médico¹⁴ em detrimento do trabalho realizado pelo enfermeiro.

Aponta-se, em estudo relacionado ao trabalho do enfermeiro obstétrico que, no momento do parto normal, o trabalho se associa às ordens médicas. Embora, no parto normal, a assistência do enfermeiro seja atribuição legal da profissão, a conduta seguida e respeitada é a do médico. Um estudo enfatiza que, em situações de emergência, o médico não pode estar presente de modo que os enfermeiros podem realizar, sozinhos, os procedimentos necessários.¹⁵ Essa relação médico-enfermeiro faz referência à subordinação do enfermeiro em relação ao médico historicamente construída.¹⁵

Nota-se, em relação ao local de trabalho, que os artigos apontam uma maior autonomia e valorização do profissional enfermeiro em unidades de cuidados aos pacientes críticos diferentemente da autonomia dos enfermeiros atuantes em unidades de atendimento não crítico.²⁵

Encontra-se, nessa mesma direção, quanto ao trabalho em unidades de cuidados intensivos, a autonomia do enfermeiro restrita quando relacionada ao uso de tecnologias, pois os profissionais da Enfermagem relatam que não são independentes na tomada de decisão sobre o uso dessa tecnologia. Nesse aspecto, os demais profissionais que atuam nas unidades de cuidados intensivos são os que coordenam o processo assistencial e manuseiam os aparelhos.²⁹

Constata-se, também, que a deficiência da autonomia profissional está atrelada à carência do conhecimento técnico-científico para a gestão do trabalho¹⁵ e sobrecarga no trabalho diário.^{15,24,30} A formação profissional que não estimula a prática autônoma^{14,16} também teve

destaque como limitação na condução da autonomia do profissional enfermeiro, na prática limitada do enfermeiro¹⁶ e na desvalorização do trabalho do enfermeiro.¹⁴

Expõem-se, contraditoriamente a estudos já apresentados na categoria anterior, autores com opiniões diferentes sobre a SAE descrevendo que a mesma não auxilia para que o enfermeiro tenha mais autonomia e, sim, que a autonomia precisa ser conquistada em cada procedimento desenvolvido com segurança e qualidade.¹²

Assinalam-se também, como fatores limitantes da autonomia do enfermeiro, a hierarquia, o estado mental e emocional e o excesso de burocracia no cumprimento de normas.¹⁴ Exaustão emocional, despersonalização e depressão,^{20,26} sofrimento moral,²¹ tensão no trabalho,²⁶ regras tradicionais da supervisão e gestão autocrática não participante²⁴ dificultam a autonomia profissional.²⁰

Dificulta-se a autonomia, ainda, por meio das condições de trabalho negativas impostas pela instituição (burocracia excessiva, cumprimento de normas, hierarquia), da estrutura física inadequada e da escassez de material,^{14,19} da falta de profissionais de Enfermagem e de conhecimento e pelo fato de ser uma profissão predominantemente exercida por mulheres.¹⁹ Também foram citados, como fatores limitadores da autonomia, o fato de o profissional ser jovem,^{22,30} o poder da instituição sobre o profissional,¹⁴ assim como a falta de comunicação e subordinação com seus superiores.²⁸

Ressalta-se, no que tange às questões de gênero, que um estudo destacou que enfermeiros homens se apresentam mais independentes do que enfermeiras mulheres, além de a faixa etária também influenciar na autonomia, sendo a faixa de 30 a 40 anos a que se aponta com maior autonomia no ambiente hospitalar e as demais faixas etárias apresentam limitação de autonomia.²⁷ Outro fator elencado tem relação com o local de trabalho. Nesse caso, o fato de não haver preparação inicial para a atuação no respectivo setor tem influência negativa sobre o exercício da autonomia frente aos demais membros da equipe.²⁷

Discorre-se como importante que a autonomia profissional do enfermeiro no ambiente hospitalar, quando limitada, gera, ao profissional, desgastes físicos e psíquicos. Em geral, pode-se depreender que o desgaste e demais fatores considerados como limitadores da autonomia profissional podem resultar em prejuízos ao processo assistencial, assim como em desmotivação no trabalho e, muitas vezes, no adoecimento dos enfermeiros.

DISCUSSÃO

Objetivou-se identificar, neste estudo, os fatores que interferem na autonomia profissional do enfermeiro no ambiente hospitalar. Os resultados demonstraram que há fatores que potencializam essa autonomia como: a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE); a classificação dos pacientes em serviços de urgência e emergência; o conhecimento técnico-científico; a experiência profissional; a valorização profissional; relações interpessoais e a satisfação no trabalho. Assim como há fatores que limitam essa autonomia tais como: a influência do médico no trabalho do enfermeiro; o tipo de unidade onde o enfermeiro atua (crítica ou não crítica); a deficiência do conhecimento técnico-científico; a hierarquia; a exaustão física e emocional (sobrecarga de trabalho); a estrutura física inadequada; a escassez de material e, também, a construção social do gênero.

Atentou-se, nesta revisão integrativa, que existem diversos fatores que potencializam a autonomia do enfermeiro no ambiente hospitalar. Dentre eles, encontra-se a SAE, a fim de organizar o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do processo de Enfermagem, regulamentada pela Resolução COFEN 358/2009.³¹ A SAE é um método que pode possibilitar a autonomia profissional por aproximar o enfermeiro e o paciente durante a assistência quando realizado um cuidado qualificado e, principalmente, por meio da demonstração do conhecimento técnico-científico que a SAE permite realizar.³²

Compreende-se que a SAE auxilia na organização do gerenciamento do cuidado, por meio da disponibilidade de registro sistemático e padronizado nos prontuários, valorizando a atuação do enfermeiro e podendo garantir uma assistência de qualidade ao paciente.³³

Infere-se ainda que, a fim de organizar os serviços, também se destacou a classificação de risco presente nos serviços de urgência e emergência. Esse sistema de classificação, de atributo do enfermeiro, pode vir a proporcionar autonomia ao profissional e sentimento de satisfação profissional, por desenvolver um atendimento adequado, ágil e humanizado, essenciais para a sobrevivência dos pacientes.³⁴ Os enfermeiros que atuam no sistema de classificação de risco precisam ser capacitados e apresentar domínio do protocolo a fim de garantir a qualidade e efetividade da assistência prestada.³⁴

Sobressai-se, em diversos estudos, que o conhecimento científico no trabalho do enfermeiro é essencial para a obtenção da autonomia profissional em virtude de demonstrar a sua capacidade de atuação e poder realizar a assistência com qualidade.³² O conhecimento científico é característico do trabalho do enfermeiro, com a finalidade de poder exercer sua assistência, gerenciamento, educação com o paciente, permitindo a comunicação adequada com a equipe,

pacientes e com a própria instituição e proporcionando uma boa relação interpessoal, a liderança do seu serviço e o respeito com os demais colegas.³⁵⁻³⁶

Oportuniza-se ao profissional enfermeiro, com relação aos cursos de especialização em Enfermagem, ampliar seu conhecimento e seus saberes para atuar com competência em suas atividades.³⁷ Nesse sentido, descreve-se a importância de o enfermeiro ter conhecimento, habilidades e atitudes coerentes no seu trabalho. Também é possível melhorar o sentimento de valorização e de reconstrução identitária no momento em que consegue desenvolver seu trabalho com agilidade e segurança.³⁷ Em se tratando ainda de fatores potencializadores, se encontra a relação da experiência profissional fortemente presente nos estudos relacionados à autonomia. A experiência assistencial dos profissionais exerce um papel essencial para a construção da autonomia do enfermeiro como uma via de segurança do seu fazer.³⁸

Atrela-se também a autonomia profissional ao sentimento de prazer e à valorização do trabalho do enfermeiro. Outro estudo aborda a satisfação dos enfermeiros em realizarem suas atividades com qualidade aos pacientes para que, assim, suas ações sejam reconhecidas. Ainda, a satisfação está na possibilidade que o profissional tem de aprender, criar e inovar suas atividades diárias.³⁴

Relata-se, em um estudo relacionado às diversas culturas dos pacientes assistidos, a importância do processo de Enfermagem no cuidado integral e qualificado. Descreve-se, ainda, a necessidade de o profissional enfermeiro manter as informações para a manutenção da saúde interligando-as com a cultura de cada paciente. A Enfermagem é a profissão que mais tem contato com as diversas culturas e cabe a esses profissionais, por meio da comunicação como forma de se aproximar do sujeito, entender a singularidade de cada paciente.³⁹

Necessita-se, para a condução da assistência integral aos pacientes no ambiente hospitalar, que os profissionais envolvidos usufruam de conhecimentos, habilidades de comunicação e diálogo e que dominem a organização dos processos de trabalho em saúde, a interação em equipes, a liberdade de expressão, a autoconfiança, o trabalho cooperativo e a abertura para discussões.³⁸

Consideram-se fundamentais, para a prática do trabalho do enfermeiro, as diversas questões que potencializam a autonomia do profissional a fim de sustentar a assistência e o gerenciamento com qualidade e segurança, além de perfazer um contexto fundamental no desenvolvimento pessoal e profissional de cada enfermeiro. No entanto, é possível perceber que existem fatores que limitam a autonomia desses profissionais que acabam acarretando prejuízos

na qualidade do atendimento e prejudicando os próprios profissionais e os demais membros da equipe.

Vê-se o médico, especialmente no ambiente hospitalar, como o único profissional responsável por todos os cuidados e decisões relacionados aos pacientes. Como observado na maioria dos artigos, isso é um fator negativo para a atuação do enfermeiro no que tange à sua autonomia. A fragilidade do trabalho do enfermeiro é permeada pela hegemonia médica e a valorização da medicina.⁴⁰ A falta de valorização da profissão e o respeito pelos médicos quanto a seus conhecimentos e habilidades são relatados também em outro estudo.⁴¹

Adverte-se que a autonomia do enfermeiro no trabalho em equipe também não é reconhecida e respeitada devido à interferência médica, assim como pela instituição hospitalar.³⁵ As normas éticas, institucionais, assistenciais que condicionam a prática, ao mesmo tempo, limitam o trabalho do enfermeiro por fragmentar e engessar a assistência.⁴²

Concebe-se, nessa direção, que o trabalho da Enfermagem se dá em torno da hierarquia rígida, da fragmentação das tarefas, do trabalho voltado aos manuais de procedimentos, normas, rotinas e escalas, sofrendo influência das condutas médica e administrativas.⁴³

Frisa-se, ainda, que para a Enfermagem desenvolver suas atividades com respeito e confiabilidade, é essencial que esse trabalho esteja pautado no conhecimento científico, pois, sem ele, há interferência no exercício da autonomia do profissional e no relacionamento com a equipe de saúde, com os pacientes e com a instituição. Por isso, a importância do conhecimento da profissão a fim de sustentar a execução de suas atividades.³⁶

Visualiza-se, não distante disso, a limitação de recursos humanos e materiais como um limitador de autonomia, sendo que o profissional enfermeiro, muitas vezes, precisa trabalhar com a precariedade de recursos para conduzir a assistência diária a cada paciente.³⁸ Além da atuação direta do enfermeiro na assistência e o gerenciamento do cuidado, esse profissional também precisa gerir a organização da sua equipe. Essa organização está presente no dimensionamento de pessoal e no controle da jornada de trabalho de cada trabalhador.⁴³

Relata-se, por meio de autores, a dificuldade de se ter autonomia quando não há o número ideal de funcionários trabalhando.³⁸ O dimensionamento de pessoal é um dos fatores mais agravantes na limitação da autonomia do enfermeiro no seu cotidiano, além de influenciar diretamente a qualidade da assistência que, muitas vezes, é permeada pela alta demanda de pacientes e atividades.⁴⁴

Encontram-se presentes, em um estudo, a sobrecarga de trabalho e as cobranças institucionais como geradoras de sentimento de desvalorização profissional e pessoal.⁴⁵ O uso das tecnologias duras em unidade de cuidado intensivo apresenta-se como gerador de desgaste

emocional, insatisfação e intensificação do trabalho mediante a falta ou a diminuta oferta de capacitação permanente para esses equipamentos, os quais não substituem o cuidado e a interação direta da Enfermagem.⁴³

Encontrou-se ainda, em um estudo, a questão da limitação da autonomia em relação ao gênero feminino. Alguns autores descrevem um pouco sobre essa limitação histórica onde a mulher era vista como um ser de fácil dominação e sem autodireção.^{35,38} Assim, na área da saúde, a figura do médico homem era o que dominava os saberes e as condutas no ambiente hospitalar.³⁸

Entende-se que essa temática possibilita ampliar a visão do trabalho do enfermeiro no ambiente hospitalar. Com a pesquisa, pode-se entender a importância que a autonomia do profissional enfermeiro tem na qualidade da assistência, no crescimento profissional e para a instituição.

CONCLUSÃO

Identificaram-se, por esta revisão, as evidências científicas em relação aos fatores que interferem na autonomia profissional do enfermeiro no ambiente hospitalar.

Conclui-se que os fatores positivos que mais tiveram destaque foram: Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE); classificação dos pacientes em serviços de urgência e emergência; conhecimento técnico-científico; experiência profissional; valorização profissional; relações interpessoais; satisfação no trabalho e a comunicação entre equipe multiprofissional e pacientes. Dentre os fatores que se apresentaram como limitadores, destacam-se: influência do médico no trabalho do enfermeiro; tipo de unidade onde o enfermeiro atua (crítica ou não crítica); deficiência do conhecimento técnico-científico; hierarquia; exaustão física e emocional (sobrecarga de trabalho); estrutura física e escassez de material e, também, a construção social do gênero.

Destaca-se que houve o predomínio de estudos qualitativos e estudos descritivos, o que permite inferir ser um tema ainda pouco explorado no desenvolvimento de estudos quantitativos. Salienta-se, pois, que as pesquisas mais frequentes apresentam baixo nível de evidência, o que demonstra a necessidade de a Enfermagem, enquanto pesquisa, avançar em estudos clínicos.

Percebe-se que é possível que a autonomia do enfermeiro no ambiente hospitalar encontra-se entrelaçada com diversos fatores tanto positivos, quanto negativos. Desse modo, no intuito de trazer maior autonomia ao papel do enfermeiro, salienta-se a importância desse profissional

estar em constante aperfeiçoamento, buscar o reconhecimento e sua posição dentro do seu espaço de trabalho perfazendo, com isso, a autonomia profissional no seu ambiente de trabalho juntamente com o trabalho em equipe.

REFERÊNCIAS

1. Ribeiro GKNA, Iwamoto HH, Camargo FC, Araújo MRN. Nursing professionals trained for the labor market in the state of Minas Gerais. *REME Rev Min Enferm.* 2014;18(1):15-26. Doi: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20140002>
2. Kraemer FZ, Duarte MLC, Kaiser DE. Autonomy and the work of the nurse. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2011 [cited 2018 Jan 18];32(3):487-94. Available from: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/13519/13930>
3. Santos FOF, Montezeli JH, Peres AM. Professional autonomy and nursing care systematization: the nurses' perception. *REME Rev Min Enferm.* 2012;16(2):251-7. Doi: <http://www.dx.doi.org/S1415-27622012000200014>
4. Melo CMM, Florentino TC, Mascarenhas NB, Macedo KS, Silva MC, Mascarenhas SN. Professional autonomy of the nurse: some reflections. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2016;20(4): e20160085. Doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160085>
5. Santos JLG, Menegon FHA, De Pin SB, Erdmann AL, Oliveira RJT, Costa IAP. The nurse's work environment in a hospital emergency servisse. *Rev RENE.* 2017; 18(2):195-203. Doi: <http://dx.doi.org/10.15253/rev%20rene.v18i2.19246>
6. Santos ÉI, Alves YR, Gomes AMT, Ramos RS, Silva ACSS, Espírito Santo CC. Social representations of nurses' professional autonomy among non-nursing health persone. *Rev Enferm UERJ.* 2015;23(4):484-7. Doi: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2015.17944>
7. Paula CC, Padoin SM, Galvão CM. Revisão integrativa como ferramenta para tomada de decisão na prática em saúde. In: Lacerda MR, Santini Costenaro RG. *Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde: da teoria à prática.* Porto Alegre: Moriá, 2015. p. 51-76.
8. Fineout-Overholt E, Stillwell SB, Asking compelling, clinical questions. In: Melnyk BM, Fineout-Overholt. *Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice.* Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.p. 25-39.
9. Ferreira EB, Pereira MS, Souza ACS, Almeida CCOF, Taleb AC. Systematization of nursing care in the perspective of professional autonomy. *Rev RENE.* 2016 Jan/Feb;17(1):86-92. Doi: [10.15253/2175-6783.2016000100012](http://www.dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2016000100012)

10. Santos SV, Costa R. Treatment of skin lesions in newborn children: meeting the needs of nursing staff. *Rev Esc Enferm USP*. 2014;48(6):985-92. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000700004>
11. Souza CC, Diniz AS, Silva LL, Mata LR, Chianca TC. Nurse's perception about risk classification in an emergency service. *Invest educ enferm*. 2014 Jan/Apr;32(1):78-86. Doi: [10.1590/S0120-53072014000100009](http://dx.doi.org/10.1590/S0120-53072014000100009)
12. Santos FOF, Montezeli JH, Peres AM. Professional autonomy and nursing care systematization: the nurses' perception. *REME rev min enferm*. 2012 Apr/June;16(2):251-7. Doi: <http://www.dx.doi.org/S1415-27622012000200014>
13. Mendes FRP, Mantovani MF. Current dynamics of nursing in Portugal: nurses' representations. *Rev Bras Enferm*. 2010 Mar/Apr; 63(2):209-15. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-7167201000020000>
14. Jesus MS, Said FA. Autonomy and nursing care. *Cogitare enferm*. 2008 July/Sept; 13(3):410-21. Doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v13i3.12996>
15. Barros LM, Silva RM, Moura ERF. Nurse's autonomy in the delivery of normal births in Brazil. *Invest educ enferm* [Internet]. 2007 July/Dec [cited 2018 Feb 15]; 25(2):44-51. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v25n2/v25n2a04.pdf>
16. Gomes AMT, Oliveira DC. Study of the structure of the professional autonomy in nursing's social representation. *Rev Esc Enferm USP*. 2005 June; 39(2):145-53. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342005000200004>
17. Kuwano N, Fukuda H, Murashima S. Factors affecting professional autonomy of Japanese nurses caring for culturally and linguistically diverse patients in a Hospital Setting in Japan. *J Transcult Nurs*. 2016 Nov; 27(6): 567-73. Doi: [10.1177/1043659615587588](http://dx.doi.org/10.1177/1043659615587588)
18. Ganz FD, Toren O, Fadlon Y. Factors associated with full implementation of scope of practice. *J Nurs Schol*. 2016 Mar; 48(3):285-93. Doi: <https://doi.org/10.1111/jnu.12203>
19. Baykara ZG, Şahinoğlu S. An evaluation of nurses' professional autonomy in Turkey. *Nurs Ethics*; 2014 June; 21(4): 447-60. Doi: [10.1177/0969733013505307](http://dx.doi.org/10.1177/0969733013505307)
20. Madathil R, Heck NC, Schulberg D. Burnout in Psychiatric Nursing: Examining the Interplay of Autonomy, Leadership Style, and Depressive Symptoms. *Arch Psychiatr Nurs*. 2014 June; 28(3):160-6. Doi: [10.1016/j.apnu.2014.01.002](http://dx.doi.org/10.1016/j.apnu.2014.01.002)
21. Papathanassoglou ED, Karanikola MN, Kalafati M, Giannakopoulou M, Lemonidou C, Albarran JW. Professional autonomy, collaboration with physicians, and moral distress among European intensive care nurses. *Am J Crit Care*. 2012 Mar; 21(2): e41-52.

22. Lliopoulou KK, While AE. Professional autonomy and job satisfaction: Survey of critical care nurses in mainland Greece. *J Adv Nurs*. 2010 Nov; 66(11):2520-31. Doi: [10.1111/j.1365-2648.2010.05424.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05424.x)
23. Mrayyan MT. American nurses' work autonomy on patient care and unit operations. *Br J Nurs*. 200 Jan;14(18):962-7. Doi: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02893.x>
24. Mrayyan MT. Nurses' autonomy: Influence of nurse managers' actions. *J Adv Nurs*. 2004 Feb; 45(3):326-36. PMID: 14720250
25. Chaboyer W, Najman J, Dunn S. Factors influencing job valuation: a comparative study of critical care and non-critical care nurses. *Int J Nurs Stud*. 2001 Apr; 38(2):153-61. Doi: [https://doi.org/10.1016/S0020-7489\(00\)00052-3](https://doi.org/10.1016/S0020-7489(00)00052-3)
26. Enns V, Currie S, Wang J. Professional autonomy and work setting as contributing factors to depression and absenteeism in Canadian nurses. *Nurs Outlook*. 2015 Jan/June; 63(3):269-77. Doi: [10.1016/j.outlook.2014.12.014](https://doi.org/10.1016/j.outlook.2014.12.014)
27. Amini K, Negarandeh R, Ramezani-Badr F, Moosaeifard M, Fallah R. Nurses' autonomy level in teaching hospitals and its relationship with the underlying factors. *Int J Nurs Pract*. 2015 Feb;21(1):52-9. Doi: [10.1111/ijn.12210](https://doi.org/10.1111/ijn.12210)
28. Brunetto Y, Farr-Wharton R, Shacklock K. Supervisor-subordinate communication relationships, role ambiguity, autonomy and affective commitment for nurses. *Contemp Nurse*. 2011 Oct;39(2):227-39. Doi: [10.5172/conu.2011.227](https://doi.org/10.5172/conu.2011.227)
29. Kiekkas P, Karga M, Pouloupoulou M, Karpouhtsi I, Papadoulas V, Koutsojannis C. Use of technological equipment in critical care units: nurses' perceptions in Greece. *J Clin Nurs*. 2006 Feb;15(2):178-87. Doi: [10.1111/j.1365-2702.2006.01243.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01243.x)
30. Alexander CS, Weisman CS, Chase GA. Determinants of staff nurses' perceptions of autonomy within different clinical contexts. *Nurs Res*. 1982 Jan/Feb;31(1):48-52. PMID: 6922461
31. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução n. 358/2009, 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências [Internet]. Brasília: COFEN; 2009 [cited 2018 Aug 25]. Available from: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html
32. Ferreira EB, Pereira MS, Custodia Souza AS, Almeida CCOF, Taleb AC. Systematization of nursing care in the perspective of professional autonomy. *Rev RENE*. 2016;17(1):86-92. Doi: 10.15253/2175-6783.2016000100012

33. Castro DAL, Caixeta JA. Sistematização da assistência de enfermagem: a importância no processo de implantação nos hospitais do Brasil. In: 1ª Conferência internacional de estratégia em gestão, educação e sistemas de informação. Anais da 1ª Conferência internacional de estratégia em gestão, educação e sistemas de informação [Internet]. Goiânia: UNUEAD; 2012 [cited 2017 Dec 29];01(1):707-17. Available from: <http://www.anais.ueg.br/index.php/ciegesi/article/view/1163/874>
34. Sakai AM, Rossaneis MA, Haddad MCFL, Sardinha DDSS. Feelings of nurses in the reception and risk classification evaluation in the emergency room. *Rev RENE*. 2016; 17(2):233-41. Doi: <http://dx.doi.org/10.15253/rev%20rene.v17i2.3007>
35. Santos ÉI, Oliveira JGD. Social representations of nurses about professional autonomy and the use of technologies in the care of patients with wounds. *Invest educ enferm Medellín*. 2016 June; 34(2):378-86. Doi: <http://dx.doi.org/10.17533/udea.iee.v34n2a19>
36. Hermann AP, Fentanes LRC, Chamma RC, Ribeiro MR. Professional autonomy and the nurse: an integrative review. *Cogitare Enferm*. 2011 July/Sept;16(3):530-5. Doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v16i3.24227>
37. Silva RMO, Cordeiro ALAO, Fernandes JD, Silva LS, Teixeira GAS. Contribution of a residency specialization program to professional know-how. *Acta Paul Enferm*. 2014 Aug; 27(4):362-6. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400060>
38. Jesus MS, Said FA. Autonomy and nursing care. *Cogitare Enferm*. 2008 July/Sept;13(3):410-21. Doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v13i3.12996>
39. Silva JLL, Machado EA, Costa FS, Sousa JL, Taveira RP, Carolindo FM, Diniz MIG. Relationship between health-disease process and cross-cultural care: contributions to nursing care. *J Res Fundam Care online*. 2013 Jan/Mar;5(1):3185-95. Doi: 10.9789/2175-5361.2013v5n1p3185
40. Avila LI, Silveira RS, Lunardi VL, Machado GFF, Mancia JR, Silveira JT. Implications of the visibility in professional nursing practices. *Rev Gaúcha Enferm [Internet]*. 2013 [cited 2017 Dec 27];34(3):102-9. Available from: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/37874>
41. Rigue AC, Dalmolin GL, Speroni KS, Bresolin JZ, Rigue AA. Work satisfaction: perception of nurses of a university hospital. *Cogitare Enferm*. 2016 July/Sept;21(3):1-9. Doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i3.46199>

42. Silva AA, Menegat RP. Management of care in relation to autonomy of nurses. Rev Eletrônica Gestão Saúde. 2014;5(4):2294-312. Doi: <http://dx.doi.org/10.18673/ges.v5iespecial.13792>
43. Lorenzetti J, Oro J, Matos E, Gelbcke FL. Work organization in hospital nursing: literature review approach. Texto contexto-enferm. 2014 Oct/Dec;23(4). Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014001510012>
44. Azevedo BDS, Nery AA, Cardoso JP. Estresse ocupacional e insatisfação com a qualidade de vida no trabalho da enfermagem. Texto contexto-enferm. 2017 Mar;26(1):1-11. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017003940015>
45. Pivotto FL, Lunardi Filho WD, Lunardi VL, Silva PA, Busanello J. Production of nurse's subjectivity: relationship with the implementation of the nursing process. J Nurs UFPE online [Internet]. 2017 Apr [cited 2017 Dec 15];11(4):1650-7. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/15261/18057>

2.3 O TRABALHO À LUZ DA ERGOLOGIA

A abordagem ergológica tem suas origens na experiência pluridisciplinar e pluriprofissional iniciada na Universidade de Provence – França, no final da década de 1970, com a criação do dispositivo Análise Pluridisciplinar das Situações de Trabalho (APST), tendo como seu principal mentor, o filósofo e professor Yves Schwartz, o qual teve a intenção de estudar as situações de trabalho de trabalhadores operários, juntamente com os acadêmicos e pesquisadores (SCHWARTZ, 2010). Nos anos de 1980, na mesma Universidade de Provence, por Yves Schwartz, surgiu a ergologia que significa uma *dérmache* (abordagem). A partir dos anos de 1990, foram desenvolvidos contatos com pesquisadores brasileiros e integração com os grupos das Universidades do Brasil (VIEGAS, 2013b).

A ergologia é uma abordagem filosófica, que busca conhecer como intervir em situações de trabalho, no intuito de transformá-la (SCHWARTZ, 2010; MOTTA, 2012). O objetivo da criação da ergologia foi refletir sobre o trabalho e suas transformações na sociedade, na qual a tecnologia estava ocupando cada vez mais espaço nas empresas e indústrias, especialmente a partir do declínio da linha de trabalho taylorista. Destarte, a ergologia é vista e valorizada como um campo da experiência humana, relacionada à competência de cada trabalhador (SCHWARTZ; DUC; DURRIVE, 2010; SCHWARTZ, 2014).

A ergologia surgiu de uma linhagem da etnologia e ergonomia da atividade (ATHAYDE; BRITO, 2011) e, atualmente, vem sendo estudada como uma nova perspectiva de análise do trabalho humano realizado nas organizações (HOLZ, 2013). A ergologia considera o trabalho como uma atividade humana, que se edifica e reconstrói de um modo auto-reflexivo, em que o seu conhecimento conceitual precisa ser sempre confrontado com saberes presentes no acordo coletivo de trabalho (de caráter normativo), pois estes estão em constante regulamentação (HOLZ, 2013).

Ainda, designa-se a atividade humana como um encontro de saberes (experiência humana), valores pessoais e socioculturais. Assim sendo, uma nova maneira de conhecer o trabalho em sua singularidade, de modo a desenvolver-se de uma forma diferente (SCHWARTZ, 2000, 2014; VIEGAS, 2013b). Essa atividade sempre permeia o plano visível (consciente) e o invisível (inconsciente), assim, encontra-se em constante refazer no próprio ato da atividade e atenta para a singularidade da atividade no trabalho (CUNHA; FISCHER; FRANZOY, 2011).

O conceito central da abordagem ergológica, remete-se a atividade humana, vista sempre como um debate de normas. “Ergologia é a aprendizagem permanente dos debates de normas e de valores que renovam indefinidamente a atividade: é o ‘desconforto intelectual’” (SCHWARTZ; DUC; DURRIVE, 2010, p. 30). Neste sentido, o desconforto intelectual vai ao encontro de estar sempre e em situação de busca, de pensar, pois sempre há o imprevisto, o imprevisível em cada ação (TRINQUET, 2010). Desconforto intelectual, também pode se dizer que é um desconforto social ou ético, sendo que, no momento de uma renormatização, o trabalhador enfrenta uma dimensão de valor e precisa fazer uma escolha através dos saberes, que é a base da renormatização, como saberes-valores (SCHWARTZ, BARBOSA; DI FANTI, 2016).

Nessa perspectiva, Schwartz (2006) descreve que a atividade envolve sempre 'debate de normas'. Através dessa noção, pode-se compreender que existe uma diferença entre o 'trabalho prescrito' e o 'trabalho real'. A ergologia concebe o trabalho como uma ação humana, numa relação de singularidades frente às demandas do mundo laboral do trabalho real e trabalho prescrito, propondo então debater o ponto de vista do trabalhador, que, muitas vezes, encontra-se escondido/invisível em suas atividades (DURAFFOURG; DUC; DURRIVE, 2010).

O trabalho prescrito é aquele trabalho que foi cientificamente pensado, estudado e determinado por pessoas que buscaram se aprofundar nas situações (SCHWARTZ, 2010). O trabalho prescrito tem como objetivo organizar o processo de trabalho com menor perda de tempo e é determinado de modo externo e imposto aos trabalhadores. Destaca-se que, o trabalho prescrito envolve tanto as normas emitidas oralmente, como por escrito, encontradas em todos os lugares de acesso ao trabalhador (HOLZ; BIANCO, 2014). A prescrição de normas significa pensar na situação antecipadamente e deixar pronta uma atividade que seja igualmente utilizada para todos os trabalhadores e em cada indivíduo, não pensando na ação em tempo real (DURRIVE, 2011).

O trabalho prescrito vem ao encontro das normas antecedentes, que são normas e rotinas apresentadas e exigidas do trabalhador antes do trabalho ser realizado, para que o trabalho desenvolvido seja uniforme em relação ao dos outros trabalhadores da instituição (TELLES; ALVAREZ, 2004). As normas antecedentes, segundo os ergologistas, não se referem, apenas, a imposição de normas de trabalho, mas constituem-se normas também, a partir de saberes técnico-científicos, regras jurídicas, experiências capitalizadas e agregação de valores para a organização dos ambientes de trabalho (SCHWARTZ, 2011; TELLES; ALVAREZ, 2004).

Em outro contexto, destaca-se que a atividade de trabalho prescrito pode sofrer mudanças em relação ao trabalho real. Há uma distância entre o real e o prescrito, entendendo

que há dificuldade de realizar-se apenas o trabalho que foi pensado anteriormente. Isso se deve ao fato de ser impossível de ser totalmente previsto e, ainda, que não existe uma única racionalidade no trabalho, configurando-se a diferença presente entre o trabalho prescrito do trabalho real (MOTTA, 2012).

Na maioria das vezes, o trabalho prescrito não acompanha a necessidade que cada indivíduo exige, precisando ser avaliado e modificado no momento da necessidade (BRITO, 2009; SCHERER; PIRES; SCHWARTZ, 2009). “O trabalho real corresponde à atividade realizada e, também, àquilo que é avaliado na incerteza, descartado com pesar ou sofrimento, por meio do debate de normas sempre presente” (SCHERER; PIRES; SCHWARTZ, 2009, p. 722).

Santos e Camponogara (2014), ao abordarem sobre o trabalho real na área da saúde, destacam que os profissionais são formadores de conhecimentos técnico-científicos, possuindo formação sólida para avaliar e desenvolver o seu trabalho, o que lhes permite realizar mudanças e condutas diferenciadas, dependendo da singularidade de cada paciente assistido.

Na perspectiva ergológica Schwartz (2004a) aborda outros conceitos, a fim de refletir sobre a organização de trabalho das instituições, buscando estabelecer uma base teórica para análise do trabalho desenvolvido pelo trabalhador. Dentre esses conceitos, destacam-se como extremamente importantes: *uso de si*, *uso de si por si*, *uso de si pelos outros*, *dramáticas do uso de si*, *renormatização e dispositivo dinâmico de três pólos* (SCHWARTZ, 2004a).

O “*uso de si*” pelos trabalhadores, de acordo com a ergologia, pode caracterizar-se como “*uso de si por si próprio*”, quando o trabalhador cria as próprias condições e estratégias particulares, utilizando sua subjetividade e autonomia, juntamente com ações a fim de conseguir atuar naquele momento do trabalho que necessitou de mudanças repentinas, modificando prescrições e normas. Entretanto, esse “*uso de si*” também pode se dar “*pelos outros*” (uso de si pelos outros), quando o trabalhador é chamado a executar conjuntos de normas, prescrições e valores históricos (SCHWARTZ, 2002; SCHWARTZ; MENCACCI, 2008).

A expressão *uso de si* remete-se a dedicação do indivíduo no seu todo, no momento de desempenhar suas atividades, “é o indivíduo no seu ser que é convocado” (SCHWARTZ, 2000, p. 41), afastando a ideia de pura execução do trabalho (SCHWARTZ, 2006). A concepção do uso de si implica em uma imposição contínua de micro escolhas, dando origem à expressão *dramática do uso de si*, a qual refere-se à necessidade de reagir a um determinado acontecimento, em que é preciso tomar uma decisão para continuidade do trabalho. É um acontecimento que não pode ser antecipado (SCHWARTZ, 2014; DURRIVE, 2011).

Outra concepção importante refere-se às renormatizações. Segundo Durrive (2011), as normas estão em constantes reavaliações e reflexões do seu uso, importantes na atuação do trabalhador, na decisão e no momento de arbitragem da atividade. Schwartz (2011) descreve as renormatizações como a gestão das variabilidades que cada atividade exige, analisando a singularidade de cada pessoa e a singularidade das situações de trabalho presentes.

Nas renormatizações acontece um “debate de normas”, que segundo Schwartz, Duc e Durrive (2010), ocorre pelo desencontro de valores, entre as normas antecedentes e os valores adquiridos dos trabalhadores (experiências). Mediante a necessidade da realização da atividade e da singularidade imposta, ocorre a renormatização (SCHWARTZ, DUC, DURRIVE, 2010).

Seguindo, para Schwartz (2000), o trabalho está ancorado em diferentes aspectos, os quais denominam de Dispositivo Dinâmico de Três Pólos (DD3P). O primeiro *pólo* está relacionado ao conceito, aos saberes sistematizados e organizados; o segundo *pólo* são os saberes e valores a partir das experiências dos trabalhadores; e, o terceiro *pólo*, que vai ao encontro dos dois primeiros, refere-se a construção do conhecimento e a organização do serviço através das exigências éticas e epistêmicas (SCHWARTZ, 2000; GOMES JUNIOR; SCHWARTZ, 2014).

O trabalho em saúde é um espaço onde os profissionais podem debater, discutir e levantar problemas das suas atividades. Esse cenário possibilita a interação entre a equipe, proporcionando troca de saberes e experiências (GOMES JUNIOR; SCHWARTZ, 2014). No sentido da ergologia, o trabalhador deixa de cumprir as normas restritamente e, então, envolve-se, confronta-se e através de sua história e de uma análise das situações em sua singularidade, transforma-a (BRITO et al., 2011).

Assim, a ergologia propõe essa releitura do trabalho e dos conceitos de ação e das atividades dos trabalhadores no espaço e tempo atual. No caso da enfermagem, pode oportunizar importantes reflexões sobre o seu trabalho. Nesse sentido, oportuniza analisar a relação entre as pessoas, os trabalhadores e o meio, que estão presentes através das experiências de cada profissional da enfermagem e a buscar, constantemente, atualizações e aperfeiçoamento na assistência (FONTANA; LAUTERT, 2013).

O trabalho do enfermeiro apresenta uma dimensão no gerenciamento e na assistência de suma importância no processo de cuidado. A maneira como o enfermeiro atua e gerencia a suas atividades, está diretamente ligada aos seus saberes, conhecimentos e subjetividade, repercutindo na sua prática laboral (PINNO; CAMPONOGARA, 2015). O embasamento científico do enfermeiro promove a liberdade de tomada de decisões, a transgressão de normas e alteração na sua prática, mediante a especificidade que a atividade exige, visando a superação

de lacunas encontradas, muitas vezes na fragmentação do trabalho (SANTOS; CAMPONOGARA, 2014).

Para concluir, a ergologia na área da enfermagem visa contemplar a interação entre o profissional e o ambiente de trabalho. O trabalho do enfermeiro se encontra articulado com o gerenciamento da unidade e a assistência, e, ainda, é vinculado e determinado pela presença de normas e rotinas assistenciais e institucionais presentes para organizar as atividades, e que frequentemente passam pela renormatização conforme a situação do trabalho laboral (CAMPOS; MELO; TELLES FILHO, 2014). Como descrito anteriormente, as normas estão em constantes mudanças, ocorrendo a renormatizações. Neste sentido, Schwartz (2000) afirma que em toda atividade no trabalho há o “*uso de si*”, que cada trabalhador use de sua capacidade, dos seus recursos, das suas escolhas, que consigam gerir diferentes normas e que vivam a singularidade de cada história (GOMES; MACHADO; PENA, 2011).

3 MÉTODO

Este capítulo apresenta o caminho metodológico proposto, visando responder os objetivos da presente pesquisa.

3.1 NATUREZA DA PESQUISA

Para responder ao objetivo proposto, considerando a coerência com o objeto de estudo, desenvolveu-se uma pesquisa qualitativa, do tipo estudo de caso.

A pesquisa qualitativa segundo Minayo (2014, p. 57) “é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões [...]”. Dessa forma, justifica-se a escolha dessa abordagem por considerar os participantes da pesquisa inseridos em seu meio de trabalho sendo influenciados por esse no momento, historicamente e de forma a contemplar situações que ocorrem durante o trabalho.

Os achados qualitativos são indispensáveis quando o objetivo do estudo que se trata de descrever ou compreender uma experiência ou um fenômeno delimitado (SOUZA; ERDMANN; MAGALHÃES, 2015). Assim, o tipo de estudo foi adequado para responder ao objetivo proposto, haja vista que se buscou conhecer como ocorre o exercício da autonomia por enfermeiros no pronto-socorro sob a ótica da ergologia.

O estudo de caso é caracterizado como uma investigação empírica, a fim de proporcionar uma abordagem aprofundada de suas dimensões e processos essenciais (FAVERO; RODRIGUES, 2015). O pesquisador, quando escolhe este método, tem a finalidade de descrever contextos da vida real, buscando explicações e investigando detalhadamente as unidades de análises (FAVERO; RODRIGUES, 2015).

O estudo de caso é utilizado como método de pesquisa na psicologia, enfermagem, administração, antropologia, sociologia; pois pode ser utilizado em várias situações, para contribuir no entendimento de fenômenos organizacionais, sociais, políticos, grupais, e também individuais (YIN, 2015). O estudo de caso permite entender um acontecimento e dele compreender as características holísticas e da vida real como: comportamentos dos grupos e ciclos individuais, processos organizacionais, comportamento, relações internacionais, desempenho escolar (YIN, 2015).

Diversas fontes de evidência são utilizadas no estudo de caso, dentre elas destaca-se as principais: documentação, registros em arquivos, entrevistas, observações diretas, observação participante e artefatos físicos (YIN, 2015).

3.2 CENÁRIO DA PESQUISA

O estudo foi desenvolvido na unidade de pronto-socorro adulto do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), localizado na região central do estado do Rio Grande do Sul. O HUSM é um órgão integrante da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), com sua atenção voltada para o desenvolvimento do ensino, pesquisa e assistência em saúde, prestando serviços à população de usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

O HUSM conta atualmente com 403 leitos de internações, perfazendo um total de 1.277 internações/mês. Hospital de Grande Porte, com ênfase na Alta Complexidade e, sobretudo, referência para Pronto-Socorro e Gestantes de Alto Risco. Além destes 403 leitos o hospital conta com 10 salas para atendimento de emergência, localizadas na unidade de pronto-socorro.

O pronto-socorro adulto do HUSM atende em torno de 30.254 consultas anuais, segundo a média realizada no ano de 2016. A estrutura física desta unidade conta com 23 leitos, sendo três leitos de isolamento, uma sala de emergência, dois consultórios médicos, sala de traumatologia, uma sala do Núcleo Interno de Regulação (NIR) e um posto de enfermagem.

Importante demarcar que, tem sido comum haver superlotação do Pronto Socorro do HUSM, como forma de atender a alta demanda de pacientes. Além disso, muitos pacientes aguardam leito nas unidades de internação, ficando internados no pronto-socorro. Esse fato contribui para a elevação considerável da demanda de atividades da equipe multiprofissional atuante no setor.

3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

A população da pesquisa foi constituída pelos enfermeiros da unidade de pronto-socorro, que atuavam no atendimento direto ao paciente, e no Núcleo Interno de Regulação (NIR). Os seguintes critérios de inclusão foram adotados: ser profissional enfermeiro vinculado a este local e atuar na assistência do pronto-socorro por, no mínimo, seis meses. A definição desse período de tempo baseou-se no pressuposto de que este seria o tempo mínimo para que o trabalhador estivesse adaptado ao setor de trabalho e, assim, pudesse contribuir de forma mais efetiva com o presente estudo.

Os critérios de exclusão adotados foram: estar ausente do trabalho por licença de qualquer natureza, no período estabelecido para a geração de dados e participar do grupo de pesquisa a que está vinculado o presente projeto.

A determinação dos participantes a serem convidados para essa etapa de coleta de dados foi a partir da lista previamente obtida com a instituição. A população elegível para essa etapa da pesquisa era de 26 enfermeiros, dentre eles assistenciais e gerente. Nos meses de maio e junho de 2018, foram entrevistados 23 enfermeiros que aceitaram participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Destes, três enfermeiros foram excluídos, após a aplicação dos critérios de inclusão/exclusão, sendo que dois foram excluídos devido a não trabalharem na Unidade há mais de seis meses e um por ser enfermeiro gerente geral do pronto-socorro.

3.4 COLETA DE DADOS E OPERACIONALIZAÇÃO

A coleta de dados foi realizada entre os meses de fevereiro a junho de 2018, após a autorização Institucional do HUSM (Anexo A) e do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria (Anexo B). Anteriormente a coleta de dados, houve uma aproximação com o campo da pesquisa. Em janeiro de 2018 foi realizado um período de ambientação no pronto-socorro, a fim de conhecer o andamento e o processo de trabalho da unidade e, ainda, para conhecer os profissionais e ter uma maior aproximação com o cenário da pesquisa. Após o período de ambientação e as devidas aprovações, iniciou-se a coleta de dados.

Para a produção de dados utilizou-se a pesquisa documental, a observação sistemática não participante, e a entrevista semiestruturada. Destaca-se que se buscou seguir essa ordem para coleta das informações, havendo alguns períodos de concomitância entre pesquisa documental e observação de campo.

A **pesquisa documental** é indispensável porque a maior parte das fontes escritas – ou não – são quase sempre a base do trabalho de investigação. É aquela realizada a partir de documentos, contemporânea ou retrospectiva, considerada cientificamente autêntica. A análise documental constitui uma técnica importante na pesquisa qualitativa, pois se adapta com a definição dos objetivos da pesquisa definindo quais documentos serão necessários para a coleta (MARCONI; LAKATOS, 2019).

Esta pesquisa realizou-se junto a:

- a) prescrições médicas – analisando as medicações, procedimentos e os cuidados prescritos;
- b) prontuário do paciente – documentos que estão anexados ao prontuário (Justificativa de antibiótico, prescrição médica, parecer da fonologista, nutricionistas, evolução médica, histórico do paciente e avaliações de outros especialistas);
- c) relatórios de enfermagem - com dados de todos os pacientes internados (leito, Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME), nome do paciente, clínica, data do acesso venoso periférico, dia da avaliação e reavaliação da Escala de Braden, e uma breve evolução do quadro clínico, ou pendências de cada paciente), utilizado para a passagem de plantão em cada turno;
- d) Procedimentos Operacionais Padrão (POP), disponíveis online;
- e) Manual de Gerenciamento da rotina da Unidade de Pronto-socorro – descrevendo o fluxo e rotinas estabelecidas dentro do setor;
- f) livro de registros de Enfermagem - contendo atas das reuniões da chefe da unidade de pronto-socorro com os enfermeiros assistenciais e do NIR;
- g) documentos informativos dentro do pronto-socorro (protocolo de insulina, protocolos de diluições de medicações vasopressoras, escala de coma de Glasgow, escala de organização do setor);
- h) também se constituíram em documentos para análise: orientações sobre precauções, protocolo de higienização de mãos, tabela de diluição de medicamentos, protocolo de acidente de trabalho e ficha de notificação e investigação de incidentes transfusionais.

Estes documentos foram analisados, conforme o objetivo da pesquisa, sendo as informações relevantes e interpretações do pesquisador registradas em diário de campo. A pesquisa documental ocorreu no mesmo período da observação sistemática não participante.

Conforme Marconi e Lakatos (2019), a **observação sistemática não participante**, procura perceber e caracterizar determinadas situações pertinentes ao objetivo de pesquisa, o pesquisador toma contato com o grupo ou realidade estudada, mas não se integra a ela, não se deixa envolver pelas situações. Gil (2010) descreve que a observação sistemática deve ser usada quando o pesquisador conhece a organização ou o grupo a ser estudado e este deve ter um plano de observação.

Para orientar a coleta de dados foi construído um roteiro de observação (Apêndice A). O período de observação ocorreu nos meses de fevereiro a maio de 2018, totalizando 103 horas.

Foram realizadas observações durante os turnos da manhã (7-13 h), tarde (13-19 h) e noite (19-07 h do dia seguinte). A pesquisadora observou em dias e horários alternados e em todas as áreas que o pronto-socorro é dividido, a fim de contemplar os diferentes processos de trabalho, organização, atendimentos e os procedimentos. A observação foi registrada em diário de campo, descrevendo o trabalho dos enfermeiros, dos técnicos/auxiliares de enfermagem, médicos, maqueiros e demais membros da equipe multiprofissional, a fim de compreender melhor o trabalho do enfermeiro neste setor, visando aprofundar a busca de informações sobre o objeto de investigação, qual seja a autonomia do enfermeiro.

A observação ocorreu simultaneamente a pesquisa documental, antes da aplicação da entrevista com o objetivo de obter subsídios para que houvesse aprofundamento nas entrevistas e contemplasse parte dos objetivos deste estudo.

A **entrevista semiestruturada** é a técnica de interação social mais usada no processo de trabalho de campo (MINAYO, 2014). Por meio da entrevista, é possível reproduzir, através de um sujeito-alvo, as representações de um grupo, em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas, revelar condições estruturais, sistemas de valores, normas e símbolos.

De acordo com Minayo (2014), a entrevista semiestruturada consiste em uma combinação de perguntas fechadas e abertas, onde o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se limitar ao questionamento enunciado. Para este estudo foi elaborado um roteiro de entrevista (Apêndice B), com base nas questões problema referente à pesquisa. Antes do início das entrevistas, foi realizada uma entrevista pré-teste, para verificar o nível de compreensão das questões e o grau de satisfação das respostas em relação aos objetivos do estudo. Assim, não houve necessidade de ajustes no roteiro e essa entrevista foi incluída no conjunto de dados.

A pesquisadora contactou individualmente cada enfermeiro, convidando-os a participar da entrevista, após a aceitação, as entrevistas foram realizadas em sala reservada no turno de trabalho. As entrevistas tiveram duração média de 10 minutos a uma hora. Todas as entrevistas após a autorização e assinatura do TCLE foram gravadas e transcritas, para posterior análise. Foram entrevistados todos os enfermeiros. Conforme Fontanella et al. (2011), houve fechamento do número amostral pelo critério de exaustão, que significa a abordagem de todos os sujeitos elegíveis do estudo.

3.5 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

No estudo de caso “a análise e reflexões estão baseadas na investigação de um fenômeno contemporâneo (o caso) em profundidade e em seu contexto de mundo real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto puderem não ser claramente evidentes” (YIN, 2015, p. 17). Desta forma, os dados foram analisados conjuntamente, buscando-se complementariedade.

Os dados gerados nas entrevistas foram analisados, tendo, como referência, a abordagem qualitativa, sendo submetidos à análise temática de conteúdo, fundamentada por Minayo (2014). Segundo a autora, a análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, sendo que a presença ou a frequência que mais se repetem significa algo para o objetivo visado. Este tipo de análise encontra-se operacionalmente dividido em três fases: pré-análise; a exploração do material e o tratamento dos resultados obtidos e interpretação (MINAYO, 2014).

Primeiramente, foi realizada a transcrição das entrevistas obtidas por meio das gravações das entrevistas semiestruturadas, constituindo o corpus da pesquisa. Após, este material foi impresso, juntamente com os documentos da pesquisa documental e o diário de campo da observação, de modo a facilitar o manuseio por parte da pesquisadora.

A pré-análise consistiu na organização do material para serem analisados, com base na questão norteadora e os objetivos do estudo. Nesta primeira etapa, realizou-se a leitura flutuante, momento de contato direto e intenso com o material de campo coletado, a constituição do corpus mediante a exaustão, representatividade e homogeneidade do material para responder a pesquisa qualitativa e formulação de hipótese e objetivos. Após a transcrição dos depoimentos, houve a escuta novamente das entrevistas e revisão do material, após este procedimento, foi lido novamente cada entrevista e sinalizado nas folhas impressas os principais pontos para iniciar a próxima etapa (MINAYO, 2014).

A exploração do material consistiu na realização do recorte de informações comuns encontradas no conteúdo das falas transcritas, o qual subsidiou a constituição de categorias. Neste sentido, foram separadas conforme os princípios conceitos da ergologia e relacionadas as facilidades e dificuldade da autonomia no processo de trabalho, dando sentido ao conteúdo das falas e sustentando a definição das categorias (MINAYO, 2014).

Na fase do Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação, buscou-se propor inferências e interpretações acerca dos resultados contidos em todo o material coletado (entrevistas, documentos e observação), realizando a triangulação de dados, sempre retornando aos objetivos do estudo. Desta forma, recortes realizados anteriormente, foram analisados de acordo com a fundamentação teórica da ergologia.

Os dados sócio-demográficos e de formação dos profissionais de saúde foram agrupados e descritos, utilizando-se as técnicas de estatística descritiva simples, a partir da apresentação dos mesmos com frequência e percentual (MINAYO, 2014).

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi registrado no Gabinete de Projetos (GAP) do Centro de Ciências da Saúde (CCS) e no Sistema de Informação para o Ensino (SIE). Após esta tramitação, foi submetido para a autorização institucional do HUSM mediante encaminhamento pela Gerencia de Ensino e Pesquisa (GEP) e posteriormente a avaliação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Universidade Federal de Santa Maria (Anexo B). Somente após a tramitação de todos os requisitos exigidos, iniciou-se a coleta de dados.

A presente pesquisa cumpriu as determinações da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde. A mesma dispõe sobre os cuidados da pesquisa com Seres Humanos, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado (BRASIL, 2013).

Para a realização das coletas de dados, foi utilizado o Termo de Confidencialidade (Apêndice C), em que o anonimato dos participantes foi garantido. Cada participante somente fez parte da pesquisa após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice D) em duas vias, uma das vias ficando de sua posse e a outra via de posse do pesquisador.

A fim de garantir o anonimato, os participantes da pesquisa foram identificados com a letra 'E' de enfermeiro, seguidos de um número relativo a ordem de realização das entrevistas. Os dados ficarão armazenados aos cuidados da Profa. Enfa. Dra. Silviamar Camponogara durante um período de cinco anos.

4 RESULTADOS

Os dados passaram por análise de triangulação de dados, através da coleta da pesquisa documental, observação sistemática não participante e entrevista semi estruturada, juntamente com o referencial da ergologia.

Para melhor compreensão dos resultados do estudo, primeiramente foi realizado uma descrição do cenário de pesquisa, a fim de dar visibilidade a complexidade do trabalho e as demandas do pronto-socorro adulto impostas aos trabalhadores. Os demais resultados obtidos na pesquisa são apresentados e discutidos, na sequência, os quais estão organizados em quatro categorias: contextualização do ambiente de trabalho: a complexidade do pronto-socorro; o uso de si no trabalho do enfermeiro; trabalho prescrito e o trabalho real: a realidade de um pronto-socorro; dramáticas do uso de si e renormatização do meio: construir e reconstruir o trabalho; e autonomia do enfermeiro em um pronto-socorro: o trabalho, as facilidades e as dificuldades presentes nas atividades.

A análise dos dados sociodemográficos dos entrevistados, revelou que os participantes apresentaram idade entre 25 anos a 49 anos, 16 eram do sexo feminino e sete do sexo masculino, sendo 15 casados, cinco solteiros, dois em união estável e um divorciado. O tempo de graduação variou entre quatro anos a 24 anos de formação. Destes profissionais, 17 possuíam especialização em alguma área específica da enfermagem e três com mestrado em enfermagem. A maioria dos participantes relatou que realizam capacitações, tanto as oferecidas pela instituição como demais cursos, todos relacionados com o trabalho em pronto-socorro.

O tempo de serviço na instituição variou de nove meses a 21 anos, sendo que o tempo de trabalho na unidade de pronto-socorro variou de nove meses a 16 anos. Quanto ao vínculo empregatício, seis eram servidores Públicos Federais regidos pelo regime jurídico único (RJU) e 17 eram servidores públicos regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (EBSERH).

4.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO AMBIENTE DE TRABALHO DO ENFERMEIRO: A COMPLEXIDADE DO PRONTO-SOCORRO

O Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), instalado no campus da Universidade Federal de Santa Maria, foi fundado em 1982. Atualmente é reconhecido como um hospital de ensino, público, de nível terciário, atendendo 100% pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O hospital, juntamente com a universidade, tem como propósito a formação profissional,

desempenhando atividades de ensino, pesquisa e extensão, por meio da assistência à comunidade na área da saúde (HUSM, 2017).

O HUSM, por atender a todos os requisitos da Portaria Interministerial do Ministério da Saúde e Ministério da Educação nº 285, de 24/03/2015 obteve duas certificações como Hospital de Ensino. O hospital é vinculado ao Centro de Ciências da Saúde (CCS-UFSM) e demais Unidades Acadêmicas da UFSM, a fim de proporcionar as atividades de ensino, de pesquisa e de extensão, sendo o maior hospital de ensino do interior do estado (HUSM, [2017?]). No ano de 2013, a Universidade Federal de Santa Maria firmou contrato de gestão com a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), empresa pública vinculada ao Ministério da Educação, criada por meio da lei Nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011, a qual, hoje, gerencia o Hospital Universitário (BRASIL, 2011a).

Hospital de alta complexidade, destaca-se pela assistência em diversas áreas, com destaque para: Serviço de Oncologia Pediátrica; Centro de Transplante de Medula Óssea (CTMO); Serviço de Nefrologia; Serviço de Cardiologia; Serviço de Traumatologia; Serviço de obstetrícia e Centro de Referência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional Enteral e Parenteral para a região centro-oeste do estado (MANUAL DE GERENCIAMENTO DE ROTINAS, 2017).

O pronto-socorro do HUSM é o único a atender, exclusivamente, pelo SUS no interior do Estado e abrange uma população de 1,2 milhões de habitantes. Há mais de 30 anos, é referência no atendimento de urgência e emergência para a população de 45 municípios da Região Centro-Oeste do Rio Grande do Sul. De acordo com os dados fornecidos pelo Setor de Estatística, no conjunto de atividades assistenciais, em 2016, foram realizadas 30.254 consultas no Pronto Socorro (HUSM, 2017).

A unidade de pronto-socorro está ligada ao Setor de Urgência e Emergência da Divisão de Gestão do Cuidado, tendo por finalidade prestar assistência clínica, ginecológica, cirúrgica, traumatológica e/ou pediátrica a pacientes pertencentes a 4ª e 10ª CRS, em urgências e emergências. A unidade está subdividida em pronto-socorro adulto (clínico, cirúrgico, traumatológico) e pronto socorro pediátrico (MANUAL DE GERENCIAMENTO DE ROTINAS, 2017).

A unidade funciona ininterruptamente, 24 horas por dia, para o atendimento a usuários com agravos de alta complexidade referenciados dos municípios pertencentes a 4ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS). Os pacientes que não se enquadrarem nessas condições (com agravos de saúde) devem ser orientados/encaminhados aos serviços de menor complexidade, no entanto as demandas espontâneas que chegam até a unidade são atendidas

através da triagem pelo enfermeiro da regulação e direcionadas para o atendimento do médico (MANUAL DE GERENCIAMENTO DE ROTINAS, 2017).

Durante o período de observação não participante e de pesquisa documental, pode-se compreender o funcionamento da unidade de pronto-socorro. O pronto-socorro possui uma área física de 2000 m², conta com sala de emergência adulta, 23 leitos, destes, três quartos para isolamento; um local para procedimentos cirúrgicos de pequena complexidade, além de dois consultórios para atendimento psiquiátrico e uma sala para atendimento traumatológico. Ainda, tem uma sala para preparo de medicamentos, uma sala para armazenamento de materiais, um expurgo, duas salas de prescrição médica (uma para clínica médica e outra para a clínica cirúrgica), uma sala para os registros de enfermagem, sala do NIR, sala para gesso e sala de raio X. O pronto-socorro pediátrico possui outra divisão própria para atendimento de suas necessidades e demandas.

Para melhor atender a demanda de trabalho diária, a unidade de pronto-socorro adulto é dividida internamente em: sala de emergência, área de internação das macas (onde ficam internados os pacientes mais estáveis, que podem ficar mais distantes do posto de enfermagem), área de internação dos leitos (onde ficam internados os pacientes mais graves, instáveis, entubados, em ventilação mecânica, entre outros) e o Núcleo Interno de Regulação (que gerencia as demandas referenciadas e gerencia as demandas espontâneas).

O pronto-socorro adulto segue normativas referentes aos horários de visitas estipulados pela instituição, a qual pode ser suspensa ou adiada quando se fizer necessário, mediante avaliação do enfermeiro do turno. Com relação a presença de acompanhantes, a decisão sobre a liberação ou não de acompanhante para os pacientes é responsabilidade do enfermeiro de plantão, sendo a troca em horários estabelecidos, manhã, tarde e noite, exceto para os pacientes com mais de 60 anos e menores de idade (MANUAL DE GERENCIAMENTO DE ROTINAS, 2017), os quais têm direito a um acompanhante, garantidos em lei. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 (BRASIL, 2003).

Quanto ao acesso ao pronto-socorro, na portaria permanece um vigilante e um recepcionista, que atendem através da abertura da ficha de cadastro e orientam os pacientes para permanecerem na sala de espera, enquanto aguardam atendimento pelo Núcleo Interno de Regulação (MANUAL DE GERENCIAMENTO DE ROTINAS, 2017).

O pronto-socorro é considerado porta-fechada, no entanto atende as demandas espontâneas diárias. Nesse sentido, enfrenta superlotação diariamente, com vários pacientes recebendo atendimento em macas e leitos extras. Esse contexto é evidenciado, apesar de as

rotinas do setor indicarem que os leitos da sala de observação são de uso exclusivo aos agravos agudos de urgência e emergência, ou destinadas a pacientes que apresentem dúvida quanto ao diagnóstico médico (se urgente), não sendo permitida a permanência de macas de ambulâncias ou de outros serviços externo ao HUSM para internação e/ou observação, salvo exceções. Também destaca-se que não devem ser permitidas internações de pacientes em macas baixas e devem ser evitadas internações nos corredores da Unidade de Pronto-Socorro (UPS), sempre que possível (MANUAL DE GERENCIAMENTO DE ROTINAS, 2017).

Porém, no período de observação, pode-se vivenciar a realidade desta unidade, sendo que todos os pacientes que são regulamentados (através da central de regulação), os pacientes que chegam pelas unidades móveis de emergência e as demandas espontâneas são atendidos, mesmo que precisem ficar nas macas das ambulâncias dos municípios. Os profissionais prestam todo o atendimento necessário para garantir o suporte de vida. No momento que o paciente é estabilizado e não necessita mais de suporte de alta complexidade, são encaminhados para instituições de menor complexidade, quando possível. Esta rotina de encaminhamento para outras instituições ocorre devido à alta demanda de internações dos pacientes em macas, pois, diariamente, permanecem paciente internados em macas nos corredores, a fim de disponibilizar atendimento a todos que necessitam do cuidado.

A fim de minimizar a superlotação e as demandas espontâneas, o hospital conta com o serviço do NIR, gerenciando as demandas. Assim, os pacientes referenciados de outros serviços, Pressão Arterial Média (PAM), Unidade de Pronto-Atendimento (UPA), outros hospitais públicos, precisam manter contato prévio com o Núcleo, o qual entra em contato com o médico plantonista e/ou preceptor das referidas especialidades; clínica, cirúrgica, traumatologia e pediatria. As equipes de resgates como: SAMU, Bombeiros ou outros serviços de atendimento pré-hospitalar devem fazer contato também com o NIR e os pacientes deverão ser transportados ao HUSM, diretamente para a emergência (sala vermelha) (MANUAL DE GERENCIAMENTO DE ROTINAS, 2017).

Recentemente, o hospital implantou no Núcleo Interno de Regulação (NIR) a regulação de leitos, que tem como objetivo o gerenciamento de leitos do HUSM. Dentre estes leitos, a prioridade é para os pacientes da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e Unidade de Cardiologia Intensiva (UCI), posteriormente Sala de Recuperação Anestésica (SRA) e Sala de Recuperação Intermediária (SRI), após para cirurgias eletivas e os pacientes internados no pronto-socorro.

A equipe que atua na unidade de pronto-socorro é composta por três bolsistas acadêmicos de enfermagem, dois fisioterapeutas, um nutricionista, 11 médicos clínicos, sete médicos pediátricos, sete médicos cirúrgicos, 12 traumatologistas, além de dois assistentes

sociais, um psicólogo e um assistente administrativo. A equipe de enfermagem é composta por 26 enfermeiros, 47 técnicos de enfermagem, um auxiliar de enfermagem. Funciona em regime de serviço escalonado, com plantões de seis ou 12 horas para a equipe de enfermagem (MANUAL DE GERENCIAMENTO DE ROTINAS, 2017).

A equipe de enfermagem é dividida rotineiramente em cada turno de trabalho em: um enfermeiro e dois técnicos de enfermagem para a sala de emergência e, para a área de internação das macas, um enfermeiro e três técnicos de enfermagem e/ou auxiliar de enfermagem, podendo, às vezes, ter quatro técnicos de enfermagem e/ou auxiliar de enfermagem. Na área de internação dos leitos, fica um enfermeiro, podendo, às vezes, estar dois enfermeiros e quatro técnicos de enfermagem e /ou auxiliar de enfermagem e, ainda, um técnico de enfermagem destinado ao manuseio dos materiais utilizados pelos profissionais do pronto socorro. Núcleo Interno de Regulação atua um enfermeiro por turno nas 24 horas do dia, e um enfermeiro na regulação de leitos com plantão de oito horas diárias.

Para melhor visualização do atendimento prestado na unidade de pronto-socorro e a demanda que o serviço atende, o setor de estatística do HUSM disponibilizou os dados com o perfil dos pacientes atendidos na unidade de pronto-socorro. Esses dados estão apresentados na Tabela 1.

Destas 1.931 internações, dividiram-se em atendimentos em 24 especialidades. Destas especialidades, neste período do ano, destacam-se cirurgia geral com 16,36%, ortopedia e traumatologia com 14,5%, cardiologia com 10,3%, Medicina Interna com 8,96%, neurologia e neurocirurgia com 7,46%, gastroenterologia com 7,09%, cirurgia vascular 6,47% e oncologia com 6,11 %, as demais especialidades (n16) apresentaram atendimento inferior a 3,42%.

Mediante este contexto, os dados apresentam uma média de permanência 4,51 dias, a taxa de ocupação do pronto-socorro 116,02%, transferências recebidas com 77 pacientes (média de 13 por mês) e transferências enviadas com 1.246 pacientes (média de 208 pacientes por mês). As altas realizadas no próprio pronto-socorro foram de 592, uma média de 99 por mês, mantendo média de 43 leitos ocupados diariamente, ou seja, mantendo 87% a mais da capacidade nos meses pesquisados.

Percebe-se que o pronto-socorro atende uma alta demanda de pacientes, em grande número de especialidades que a instituição oferta a comunidade, caracterizando-se pela alta complexidade dos casos atendidos. Pode-se perceber, por meio dos dados estatísticos apresentados, que a alta demanda, gera superlotação, o que influencia diretamente no processo

de trabalho dos profissionais atuantes no setor, especialmente no que tange a sobrecarga de atividades.

Tabela 1: Internações e especialidades atendidas na Unidade de Pronto-socorro Adulto. HUSM. Santa Maria, 2018.

ESPECIALIDADES	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	Total	%
Pronto socorro adulto								
Cirurgia geral	53	43	52	56	57	55	316	16,36
Ortopedia e traumatologia	61	40	47	36	51	45	280	14,50
Cardiologia	32	33	33	28	35	38	199	10,30
Medicina interna	32	20	22	43	23	33	173	8,96
Neurologia e neurocirurgia	31	21	16	31	25	20	144	7,46
Gastroenterologia	22	27	27	16	24	21	137	7,09
Cirurgia vascular	12	18	19	26	21	29	125	6,47
Oncologia	23	17	19	22	22	15	118	6,11
Pneumologia	13	9	7	6	17	14	66	3,42
Urologia	7	15	11	9	11	5	58	3,00
Clínica médica	13	10	14	4	5	9	55	2,85
Infectologia	10	8	8	13	6	7	52	2,69
Nefrologia	7	5	12	5	11	9	49	2,54
Cirurgia torácica	3	7	5	2	11	11	39	2,02
Hematologia e hemoterapia	5	12	6	4	8	2	37	1,92
Cirurgia de cabeça e pescoço	4	4	5	4	4	5	26	1,35
Cirurgia do aparelho digestivo	1	6	3	6	3	4	23	1,19
Coloproctologia		2	4		3	3	12	0,62
Cancerologia	3	2			6		11	0,57
Cirurgia oncológica			3		2		5	0,26
Otorrinolaringologia	1					2	3	0,15
Ginecologia e obstetrícia						1	1	0,05
Psiquiatria			1				1	0,05
Cirurgia buco maxilo facial						1	1	0,05
PRONTO SOCORRO ADULTO Total	333	299	314	311	345	329	1931	100

Fonte: setor de estatística do HUSM (2018).

4.2 O USO DE SI NO TRABALHO DO ENFERMEIRO

O *uso de si* no trabalho do enfermeiro relaciona-se diretamente as suas ações, emoções, atitudes, ou seja, a individualidade de cada trabalhador está presente nas suas atividades. Como

já mencionado, o trabalho do enfermeiro está diretamente atrelado à assistência e ao gerenciamento do cuidado.

O trabalho do enfermeiro na assistência exige determinação, agilidade, empatia e rapidez na tomada de decisão e no desenvolvimento das ações de cuidado. Segundo os depoimentos, pode-se perceber que os trabalhadores fazem *uso de si* como uma ferramenta para direcionar a sua melhor assistência.

Se eu estou nas macas eu procuro ver os sinais [vitais] junto com os técnicos [...] tu consegue ter uma visão melhor dos pacientes que estão internados. E, quando eu estou no salão, eu procuro passar em cada box para ver os pacientes. E, na emergência, quando eu chego, também eu ajudo ver os sinais [vitais] até para conhecer o paciente, porque são muitos. Eu procuro ver os sinais [vitais], depois eu me organizo nos cuidados que tem para fazer, se tem curativo, sondagem, aspiração. E de tarde, tem que aprazar as pastas, ajudo em algum banho, algum curativo ou, às vezes, o pessoal está em menos gente. (E15)

Se eu estou nos leitos, eu procuro sempre dar uma olhada geral em cada paciente, para ver se tem algum paciente instável antes do plantão para tentar agilizar, chamar plantão para avaliar esse paciente. Aí, se está tudo bem, todo mundo estável, a gente segue a rotina. (E14)

Outra coisa que para mim facilita muito é o tempo de experiência que eu tenho na área. Então, quinze anos de formada, quinze anos que trabalho em emergência, então, para mim facilita não só o conhecimento porque a gente está sempre aprendendo, mas a questão de ter o “jogo de cintura” para trabalhar em emergência, porque emergência tu tem que ter “jogo de cintura”, tu não pode deixar o “barco te levar”, tem que estar sempre centrado para saber o que fazer, o correto, na hora certa. (E23)

Assim como foi observado, cada profissional é convocado no seu trabalho, fazendo uso de si, com base em seus conhecimentos, experiências e valores.

O *uso de si* também está interligado ao cuidado direto ao paciente, na medida em que o enfermeiro assume a responsabilidade de prestar toda a assistência necessária para que o paciente receba as melhores condições de suporte de vida. Os depoimentos a seguir exemplificam esse achado:

Eu posso caracterizar meu trabalho na parte assistencial direta, de forma que a gente tenta criar um fluxo das demandas que vem aparecendo e a gente vem tentando concretizar o trabalho naquelas situações que aparece. (E1)

[...] a gente pode mudar a maneira de atender essas pessoas, a maneira de organizar, como é que a gente vai priorizar o atendimento, o que a gente pode fazer para melhorar o atendimento deles mesmo em cima de uma maca de ambulância, seja colocando colchão piramidal, ajeitando um espaço melhor

para ele. Então, a gente tem sim autonomia, mas tem que saber usar isso, se apoderar disso que falta. (E5)

Eu costumo sempre ficar próximo ao paciente, sempre por ali, tem um paciente grave, o paciente tem que subir para fazer tomografia, eu costumo subir [Unidade de Diagnóstico por Imagem] junto com o médico, porque já aconteceu do paciente sair e parar [parada cardiorrespiratória] no elevador, parar no meio do caminho. Então, eu sempre costumo acompanhar e estar sempre ali monitorizando o paciente, vendo qualquer alteração de sinais vitais, procurando deixar ele o mais estável possível. (E13)

Pacientes que chegam, a primeira coisa eu acho que é tu fazer uma avaliação geral do estado neurológico, entender o quadro geral, o motivo do encaminhamento e em seguida providenciar os cuidados, acesso venoso, verificação dos sinais [vitais] e, em cima dos sinais [vitais] alterados ou não essa atuação de providenciar um oxigênio ou uma infusão, uma medicação. (E17)

De acordo com os depoimentos, algumas condutas diferenciadas foram observadas, no período de coleta de dados. O *uso de si* de cada profissional apresenta-se com peculiaridades, conforme a maneira de trabalhar de cada enfermeiro, as quais manifestaram-se no primeiro momento de atendimento do paciente em situações de urgência e emergência, na sala de emergência, assim como no transporte de pacientes para a realização de exames.

Evidenciou-se, também, que os enfermeiros apresentam condutas e atitudes diferenciadas dependendo do que apontam como prioridade e da equipe que está presente no momento do atendimento, direcionando o seu atendimento conforme as necessidades dos pacientes, de acordo com o seu conhecimento, seus valores e experiências. Dessa forma, organizam o seu trabalho, de acordo com o que consideram prioridade naquele momento.

[...] eu faço primeiro o que é prioridade, o que é mais urgente e algumas coisas vão esperando, a gente coloca em fila, organiza assim. Assim no salão, nas macas também tu chega e tem uma coisa que é tua, o enfermeiro que tem que resolver, então tu vai e resolve, eu me organizo assim, por prioridades, por gravidade, por urgência, às vezes não é nem por gravidade, mas por necessidade, não é uma coisa grave, mas que depende [...]. (E2)

Eu pelo menos escrevo as prioridades ali [folha de plantão] que eu tenho para fazer e vou indo conforme o tempo vai andando, vai surgindo mais coisas e a gente vai se organizando conforme vai aparecendo. Eu sempre escrevo na nossa folha de recebimento de plantão atrás, vou listando o que tenho para fazer e vou riscando o que eu já fiz. (E12)

Desde o momento que eu chego, eu procuro inicialmente conhecer os meus pacientes, faço a visita com eles. Conhecer, traçar prioridades, enfim ter certeza do que é a clientela, do que é prioridade do que eles precisam, quem mais precisa de cuidado e agilizar exames, agilizar as cirurgias, quem está

em NPO [nada por via oral] e depois “seguinto o baile” [...] curativos, procedimentos, aspirações, enfim, é que depende muito de cada um. (E8)

A gente chega, primeiro tenta organizar, ver o que está acontecendo, porque é tudo muito imprevisível. Então, a gente tenta, primeiro, “tomar pé da situação”, que a gente trabalha muito com prioridades, o que a gente vai atender primeiro. (E23)

Conforme os relatos anteriores, em que os enfermeiros seguem as prioridades da unidade, eles buscam estratégias para organizar seu trabalho e fazem *uso de si por si mesmo*, para que a unidade mantenha um fluxo de assistência, a fim de dar conta dos atendimentos e demandas que a dinâmica do setor exige.

Além de toda a assistência e atuação em intercorrências, os enfermeiros acreditam que para trabalhar no pronto-socorro é necessário ter domínio do seu ambiente, do seu meio.

Quando eu chego, principalmente na emergência, a primeira coisa que eu tento fazer é organizar a emergência, é manter o material para ventilação já apostado, o carrinho [carro de emergência] sempre confiro, vejo se está tudo ali, tudo organizado e numa situação de emergência, geralmente eu organizo quem vai fazer o que, a hora que vai fazer, tento manter também a equipe calma, a gente sabe que, principalmente a equipe médica inexperiente tem muitos que acabam entrando em pânico e aí fica aquela bagunça, aquele: ‘pede um monte de coisa ao mesmo tempo’. (E23)

Autonomia profissional é a capacidade de tomar decisões, ter assim, não controle, mas tu ter [...] um controle do ambiente que tu está atuando, as coisas que tu pode modificar naquele ambiente e as coisas que tu pode reivindicar, ter essa capacidade de olhar e saber o que tu pode mudar, o que tu não pode mudar, entender o que é prioridade, e muitas vezes se posicionar frente ao que está acontecendo. (E5)

Alguns enfermeiros mencionam como se organizam no seu turno de trabalho e, assim, proporcionam, frente a equipe multiprofissional, a visibilidade e a importância do seu trabalho dentro dessa unidade, o que desenvolve e fortalece a autonomia destes profissionais.

O *uso de si* impulsiona a manutenção da organização do ambiente, em prol de oferecer a qualidade na assistência, com base em rotinas direcionadas a organização das atividades, a exemplo do Procedimento Operacional Padrão (POP técnico de enfermagem – organização da sala de emergência). As rotinas estão expostas no mural da unidade, assinadas pela chefe da unidade de pronto-socorro, as quais são necessárias para manter a qualidade e integridade dos serviços, para que os profissionais sigam as mesmas condutas.

Nesse mesmo sentido, essa organização do serviço, da demanda de trabalho, os profissionais tentam prever as intercorrências que podem vir a acontecer com os pacientes que

estão internados, ou ainda, que podem chegar a qualquer momento, por ser um serviço de urgência e emergência.

Primeiramente eu avalio os pacientes mais críticos ou tento pelo menos. É que, às vezes, a gente tem uma intercorrência para resolver no início, mas tento avaliar os pacientes mais críticos, evoluir esses mais críticos, é uma rotina que eu sigo minha. (E3)

Assim, eu procuro manter uma rotina, mas pronto-socorro não tem rotina. É como eu te disse, eu chego no plantão, eu tento fazer conforme eu gosto de fazer, que é entrar, olhar os pacientes e primeiro olhar para depois atender as intercorrências, mas é claro que não é assim que funciona. Eu procuro organizar de uma forma sistemática, mas normalmente a gente não consegue. Já estou acostumada, a gente já está acostumada a estar fazendo uma coisa e estar fazendo outra ao mesmo tempo, aqui funciona assim. (E22)

Nesse segmento, o *uso de si* de cada profissional é usado para gerenciar seu turno de trabalho, dentro de sua própria organização de trabalho, a fim de que o tempo seja correspondente as suas atividades.

Então, procuro anotar tudo, porque, às vezes, as intercorrências vão acontecendo e você acaba esquecendo, então eu gosto de estar tudo [...] visualizar isso, deixar tudo anotadinho e conforme eu vou fazendo os procedimentos eu vou riscando, do meu checklist ali, vou dando um ok. Então, eu consigo visualizar o que eu tenho pendente e conforme o que vem vindo de demanda também, que está fora daquela programação, eu vou anotando também nessa lista. (E21)

Eu primeiro vou nos mais graves a gente vai para, além de fazer os cuidados, procedimentos tu vai para ver o paciente, tu vai lá avaliar o paciente, se ele está entubado, o que ele está recebendo de medicação, se ele tem os acessos [venosos], se tem sonda, e também faz os procedimento de aspiração, higiene oral. (E2)

Na observação e na pesquisa documental apareceu diariamente este check list, usado, principalmente, pelos enfermeiros do turno do dia, e que estão nos cuidados dos pacientes das macas e salão. *Check list* é uma folha anexada na unidade, a qual contém os leitos que precisam de higiene corporal e demais cuidados, procedimento com tubo orotraqueal/ventilação mecânica/traqueostomia, pacientes para realizar curativos, para trocar acessos venosos e pacientes para deixar em nada por via oral (NPO). Conforme as atividades são realizadas, os enfermeiros assinalam no documento, a fim de garantir que todos sejam assistidos.

Para dar continuidade às atividades, nas falas a seguir, os enfermeiros apresentam como atuam no gerenciamento e organização do seu trabalho no pronto-socorro.

Organizar o ambiente, porque geralmente pegamos o ambiente físico faltando material, a estrutura desorganizada para receber a emergência. Outra coisa que a gente faz bastante é organização do espaço, dos leitos para fazer transferência das pessoas que estão na sala de emergência para o salão ou retirar as pessoas que estão no salão para as macas, para colocar paciente mais graves, no espaço adequado que tem oxigênio, tenha a rede elétrica. (E5)

[...] na regulação, o meu trabalho é mais direto, a diferença é que tenho que gerenciar a fala, a conversa, o diálogo que tenho que ter tanto com os médicos, que querem encaminhar o paciente, tanto com os que vão receber [...] essa é minha função de gerenciamento. (E1)

Eu vejo que a gente tem autonomia para gerenciar aqui o nosso setor desde o que nós enfermeiros organizamos e gerenciamos [...] é tudo [...] quando o paciente entra na sala de emergência e o fluxo dele aqui dentro enquanto ele está precisando, daí ele interna, daí a gente que avalia, ele fica nas macas se não está tão grave, ou a gente já remaneja, organiza ele aqui nos leitos do salão para ficar mais perto de nós, para ficar monitorado. (E2)

O *uso de si* mostra-se presente, a fim de conduzir as atividades dentro do setor de urgência e emergência, fato esse identificado nas observações, através do gerenciamento de leitos, de cuidados e do espaço físico.

No contexto da ergologia o *uso de si* está ligado às experiências dos profissionais, as quais iniciam-se na formação acadêmica, seguindo-se com as vivências no trabalho. Consistem, portanto, como base para que os enfermeiros possam desenvolver mais domínio e agilidade nas ações e nos cuidados no momento de uma emergência e, ainda, atuar com autonomia dentro de suas atribuições.

O paciente começou a ficar grave ou fez uma parada, a gente chama a equipe, chama o médico e já começa as manobras, dependendo o que é a urgência, se é uma falta de ar tem que começar com a oxigenação, se é uma parada tem que começar com massagem. (E2)

Agora, assim, com o tempo que eu tenho de pronto-socorro, apesar de ser pouco, mas já é bastante para saber alguma coisa, eu ajo bem de forma calma, tento passar, porque a emergência a gente não precisa ter agito, a gente precisa manter a tranquilidade para fazer as coisas tranquilas. (E3)

Então, eu tenho que ter a liberdade, porque eu tenho conhecimento, tenho autonomia, tenho experiência para poder retirar aquele paciente dali para colocar outro. Então, a questão de tomada de decisão, principalmente agora que eu estou trabalhando de noite eu tenho tomado muitas vezes sozinha, porque os colegas da noite já tem algumas dificuldades para tomar certas decisões, pela questão da gente ter uma equipe médica distante, porque à noite todo mundo some. Então, a equipe da noite tem uma dificuldade grande

de tomar decisões, porque tem muita gente que precisa do médico para auxiliar a tomada de decisão, só que o enfermeiro tem a sua autonomia, ele tem o seu conhecimento para tomar certas decisões. (E23)

É tu poder optar junto com a equipe, com o médico, com o fisioterapeuta, com uma farmacêutica, o que seria o melhor tratamento para o paciente, atuar junto, por exemplo, às vezes um médico, prescreveu um cuidado que tu não concorda ... (E15)

O processo de trabalho de um setor de urgência e emergência demanda conhecimento técnico-científico, a fim de garantir qualidade e segurança na assistência. Nos depoimentos a seguir, é possível perceber que o conhecimento contribui para o *uso de si* de cada profissional, capaz de discutir e interagir com a equipe em prol do cuidado e, ainda, que há a necessidade de buscar constantemente conhecimento.

Às vezes ele quer que tu faça alguma coisa que não é para ti fazer ou ao contrário, quer que tu não faça uma coisa que é para ti fazer, por exemplo, aqui tem médico que quer olhar o Raio X da sonda e quer mandar tu tracionar a sonda e aí, tu tem que explicar: olha, colega, não é assim que se faz, a gente não traciona sonda, toda sonda tem uma medida, quem sabe tu não deixa comigo, que isso é um procedimento do enfermeiro, pode deixar que eu vou cuidar para sonda ficar no lugar certo, ela ainda não está, mas a gente tem outros dispositivos para fazer ela migrar para o lugar certo, se ela não migrar a gente tira e passa de novo, mas a gente não vai fazer assim. (E23)

Autonomia também é você ter capacidade técnica de tomada de decisões específicas para cada caso, é ter conhecimento técnico, saber tomar as medidas e conseguir solucionar problemas que um serviço de demandas, problemas integralmente no contexto da área de saúde sem pedir autorização para outros. (E4)

Eu gosto de conversar com o médico, por exemplo, o paciente subiu, fez uma tomo [tomografia], eu vou e olho com ele o que apareceu na tomo, para a gente saber o que pode ser feito para melhorar o paciente. Eu já passei por uma experiência do paciente fazer uma tomo, o paciente estava com aneurisma e aí eu virei as costas e trocaram o paciente de cama e o paciente se movimentou para um lado, se movimentou para outro lado, se movimentou, se movimentou e o paciente acabou parando. Então, eu gosto de fazer isso, eu discuto com o médico a gente estabelece coisas para o paciente e eu estabeleço junto com o técnico o que vai ser feito ou não para o paciente. Então, quando eu estiver ali, a conduta será daquele jeito. (E13)

Saber o que tu está fazendo, o que tu tem que fazer, qual a prioridade que tu tem que dar, se é uma emergência clínica, se é uma emergência traumática, se é um paciente que parou, se está em eminência de parar, se é um paciente chocado, tu tem que saber o que tu tem que priorizar, se ele está parado, se é a via aérea, se é um trauma, se eu tenho que estancar a hemorragia primeiro, se o paciente está lúcido, responde, se não responde. Então, tem vários tipos de emergência e quando tu vai olhar para o paciente tu vai saber o que tu tem

que fazer, mas isso, assim, é muito aliado a experiência da gente, o tempo que tu passou por ali fazendo isso, tem que fazer um procedimento rápido, mas com tranquilidade. (E5)

O uso de si também se evidenciou nas situações corriqueiras com a equipe multiprofissional. Os profissionais que compõem a equipe multiprofissional trabalham em prol do paciente, buscam o melhor atendimento e condutas, no entanto, cada profissional tem suas atribuições.

[...] eu sempre peço ajuda para alguém, eu nunca tomo uma decisão quando eu estou em dúvida. (E3)

Então, eu acho que eu deveria melhorar um pouco assim, de trabalhar com o pessoal de dar mais opinião, de participar mais, que nem eu te falei, que é importante da gente ter conduta com o paciente, só que eu acho que eu fico um pouco mais, não é na defensiva, mas esperando que alguém fale alguma coisa, ou peça a minha opinião. (E15)

Então, aqui a gente tem uma certa autonomia e eu acho que talvez o lugar que eu fui saber como realmente o enfermeiro funciona é aqui, porque em outros lugares, por exemplo, hospitais privados, filantrópicos e tal que eu já trabalhei, e lá a coisa funciona de forma bem diferente, bem diferente. Aqui tu tem condição, por exemplo, de tu te impor criticamente perante alguma coisa, tem condição de tu exigir algo, a equipe médica, por exemplo, ela trabalha mais com as informações do enfermeiro, ela precisa mais do enfermeiro, ou ela busca mais a enfermagem aqui e outros lugares já tem um pouco mais de distância com relação a isso. Então, isso é importante porque a partir do momento que tu começa a trocar informações e dialogar com equipes diferentes, tipo equipe médica, nutrição, fisioterapia, aí tu começa te colocar melhor nos teus papéis, tu começa a saber ou não o que tu tem que exigir da tua equipe e o que tu tem que exigir de ti ou não. (E6)

Assim, a intercorrência a gente tem que pensar primeiramente, que nos profissionais da saúde, nós não trabalhamos sozinhos primeiramente. Segundo quando tem uma intercorrência não é só tu que vai salvar a vida de uma pessoa, vai ser o coletivo[...] A autonomia frente a equipe multiprofissional é construída como eu disse anteriormente [...] é na base do conhecimento, de saber passar, e ter essa visão das situações que estão ocorrendo, para poder passar para a equipe multi, então nós temos que ter esse olhar mais do todo assim. (E1)

A gente põe em prática aqui o que a gente aprendeu. Geralmente sempre tem alguém com a gente na emergência, a não ser que vai levar algum paciente em exame ou está atendendo alguma outra pessoa, mas aí, tu começa o atendimento e em seguida já vem o outro junto. (E12)

O trabalho diário do enfermeiro está ligado ao trabalho do técnico de enfermagem e ambos configuram-se pelo cuidado. Dessa forma, cada um com suas atribuições, zela pelo bem

estar, humanização e assistência digna aos pacientes, respeitando seu espaço de trabalho e fazendo *uso de si* em suas atividades.

Eles não tomam nenhuma decisão sem conversar com o enfermeiro antes, eu acho muito interessante, porque eles reconhecem o enfermeiro como uma linha de frente no cuidado, talvez não seja essa a palavra certa, mas a gente está sempre ali o tempo todo com o paciente, então eles veem a nossa importância e tão sempre falando com a gente antes de tomar alguma decisão sozinha. (E3)

Então, eu acho que uma coisa que facilita muito aqui é a equipe técnica ter um grande conhecimento, e eles, ao mesmo tempo em que eles têm conhecimento eles vêem o enfermeiro aqui como líder, tanto que a gente sabe que tem uns que: ah, hoje está corrido, mas está bom, porque a gente está com fulano. Então, a gente vê que eles reconhecem a liderança do enfermeiro, conhecem essa autonomia, então eles vêm te perguntar, eles não vão tomar uma decisão sozinho de fazer ou não fazer uma insulina, por exemplo, ele vem te perguntar. (E23)

Pode-se perceber que o profissional enfermeiro em suas atividades, faz uso de si em todas as situações de trabalho, na particularidade e na complexidade das situações. Como visto, no pronto-socorro, o trabalho é executado conforme a demanda que vai surgindo e o uso de si direciona a tomada de decisão, através das constantes escolhas impostas no cotidiano laboral em unidade de emergência.

4.3 O TRABALHO PRESCRITO E O TRABALHO REAL: A REALIDADE DE UM PRONTO-SOCORRO

O trabalho prescrito é um guia, para que as ações sejam uniformizadas e garantam a organização das atividades laborais. No entanto, de acordo com a ergologia, as normas que foram pensadas antecipadamente por diversas pessoas externas e internas à instituição, apresentam uma lacuna na atividade humana de trabalho, conhecidas como “vazio de normas”. Na unidade pesquisada, há normas, protocolos assistenciais e rotinas disponíveis, o que corresponde ao trabalho prescrito, para que os profissionais possam organizar seu trabalho e conhecer o fluxo do pronto-socorro dentro do ambiente hospitalar. Essas normativas, integraram a pesquisa documental dessa investigação, que se deu através dos POPs, do prontuário do paciente, dos relatórios de enfermagem para a passagem de plantão, do Manual de Gerenciamento da rotina da Unidade de Pronto-socorro, do livro de registros de Enfermagem e dos documentos informativos dentro do pronto-socorro (protocolo de insulina, protocolos de

diluições de medicações vasopressoras, escala de coma de Glasgow, escala de organização do setor). Tais documentos, possibilitaram conhecer as normas que regem o trabalho prescrito dos enfermeiros, o que também foi expresso nos depoimentos dos participantes.

Eu acho que os protocolos nos guiam, nos orientam, às vezes eu acho que a gente precisa rever eles, ler de novo, dar uma olhada, dar uma orientada de novo. Mas a gente tem os protocolos para ir seguindo e sendo uma coisa meio padrão assim. (E2)

Eu acho que é importante os POPs, tudo isso, porque se a gente tem alguma dúvida a gente pode ir neles e tirar. Eu acho essencial assim ter os POPs e essas normas justamente para a gente ter uma coisa para seguir. Como a gente já mais ou menos tem uma rotina assim, de o que fazer a gente mais ou menos já sabe de cabeça, mas se tem alguma dúvida, a gente recorre aos POPs. (E16)

A equipe de enfermagem, principalmente, subsidia suas ações com base nos POPs que estão disponíveis para os profissionais em cada computador do pronto-socorro, assim como diversas escalas e normativas estão distribuídas nos murais da unidade para facilitar a visualização. Em relação aos POPs, na ata nº 01/2012, abordou-se sobre os treinamentos que serão realizados sobre os POPs do pronto-socorro. A atualização permanece constante, verificando-se que no dia 23/11/2016 foi realizada uma capacitação de protocolos e POPs, para os profissionais de enfermagem do pronto-socorro adulto.

Os depoimentos a seguir apontam a importância dos protocolos, no entanto percebe-se que em virtude do trabalho real surge a necessidade de renormatização, pois há a lacuna destes protocolos.

Depende do dia, depende onde eu estou é uma visão. Eu considero muito importante os POPs, porque nós temos bastante alunos aqui, que estão sempre olhando, e que a gente tem que dar o exemplo, mas tem vezes que a gente não consegue. Por exemplo, aqui dentro do salão é mais rotina, tu vai passar uma sonda tu tem como passar uma sonda prevista [prescrita e programada], às vezes não, mas a maior parte das vezes as sondas são previstas aqui, são prescritas e tu tem como preparar o material e fazer conforme os POPs, tudo em geral, todos os procedimentos de enfermagem. Mas, já na emergência tem vezes que o médico está ali, um paciente acidentado, poli trauma que chegou, tem que sondar rápido, porque eles tem que subir para a tomo [tomografia], é um paciente TCE grave, está precisando saber o que está acontecendo na cabeça para ver com o neuro se vai para bloco, se não vai para bloco, tu não vai está pensando como que tu vai fazer as coisas, as técnicas que tu vai fazer, as vezes acontece da gente ter que sondar meio no[...]obviamente, com esse tempo todo de formada que eu tenho, que eu não contamina. (E22)

Tem algumas coisas que são muito legais. Eles são muito objetivos, eles são umas normas muito bem elaboradas. Eu já fiz um curso do POPs, recentemente. Tem muita coisa legal, tem muita coisa bacana. Só que tem algumas coisas, claro, que dependendo da tua realidade que estão inseridos, não é uma prática que tu vai conseguir botar todos os termos rigorosamente da forma que eles estão elucidados ali no material. Tem lavagem de mãos, lava antes, lava depois, mas numa situação de emergência ali não tem, conforme a situação que está ali, tem dias, por exemplo, já teve uns que você teve acompanhando ali na frente...que tu não para, não para de chegar gente, tu não sabe de onde vem, da tempo só de tu tirar uma luva passar uma água ou um álcool na mão e já botar outra luva e vamos embora, porque não tem o que fazer, não para de chegar gente. Então, o paciente não tem hora para chegar, então também não tem hora para atender, tu não tem momento para atender. (E6)

Eu acho que é importante sim, porque tem uma técnica, por exemplo, que eu faço a muito tempo e aqui é diferente. A aspiração de vias aéreas, que eu acho que aqui está correto, no outro hospital era diferente, a gente não usava luva de EVA pra aspirar narina e aqui a gente usa e eu aprendi isso pelo protocolo. (E7)

Eu acho que ajuda bastante. Tem algumas coisas que a gente não faz com muita frequência e é os POPs que nos ajudam. A gente vai lá, isso faz tempo que eu não faço o procedimento, vamos lá para o POP para tirar a nossa dúvida. Eu acho que ajuda bastante assim, no nosso trabalho. (E14)

Sou nova na instituição, tenho uma dúvida lá: como o pessoal faz para zerar o dreno, quantos ml que coloca, então ali vai estar descrito, se tu faz com 300ml, bom, tu faz com 300ml, eu vou seguir o que está no POP, eu sei que vai estar certo o que eu vou estar fazendo. Então, eu acho que é bom, porque te direciona tu fazer o certo e, às vezes, a gente tem dúvida de como tu vai fazer alguma coisa, e tu tem uma opinião, fulana tem outra opinião, são duas opiniões diferentes, tu vai ficar na dúvida para saber, ali pelo menos está. (E15)

Eu não sei se eu sigo toda, cem por cento, seria o ideal, mas eu não sei se eu sigo para ser bem sincero. Mas tem POP a disposição tem, está no site [...]. (E18)

Nessa mesma direção, houve o relato da necessidade de um protocolo que dê autonomia para o enfermeiro intervir em situações específicas no seu trabalho, a fim de conduzir a assistência e facilitar o atendimento aos pacientes.

A gente já mais ou menos sabe, já tem aquela rotina, aquela vivência no pronto-socorro, dia-a-dia. Tem algumas coisas assim, que você não sabe até que ponto você pode ir, algumas coisas te limitam, talvez até por falta de algum protocolo, por exemplo, as medicações, às vezes você sabe que pode aumentar a vazão, diminuir a vazão, então como não tem respaldo de alguma coisa você se limita muita a prescrição, não tem um protocolo, por exemplo, se a PA [pressão arterial] está tanto, você pode aumentar, você pode diminuir a vazão das medicações, enfim. Então, isso te limita, então às vezes, será que

eu tomo a conduta, aumento e aviso o médico, será que eu espero, aí você vai para a prescrição e você fica limitado. (E21)

Assim como há lacuna dos protocolos, os profissionais relatam a necessidade de protocolos específicos para a emergência, a fim de organizar o serviço e uniformizar o atendimento.

Eu acho que os POPs são válidos, eu acho que protocolo é válido. Só que eu acho também, que eles são válidos de acordo com um setor, de acordo com um serviço que possa te oferecer condições e regularidades para os POPs serem realizados realmente de maneira correta, efetiva, enfim [...] e que todos usam. (E8)

Aqui é muito falha a questão do protocolo. A gente não tem protocolo de emergência, a gente tem protocolos gerais de enfermagem que, muitas vezes, não encaixam a nossa necessidade. Eu acho que aqui a gente precisa ter protocolos próprios de emergência, porque acaba que aqui nesse pronto-socorro, sempre digo, é um pronto-socorro que não é um pronto-socorro, é uma unidade de internação. Então, as pessoas têm, às vezes, dificuldade de visualizar que a questão de emergência, de protocolo de emergência é diferente, a gente tem outras prioridades para atender. (E23)

Também, os profissionais relatam que na instituição há normas, das quais eles têm ciência e que todos os profissionais são responsáveis pela sua leitura e interpretação. Assim como, foi analisado nos documentos da instituição as normas e rotinas pré-estabelecidas, mas que há exceções a serem seguidas mediante a necessidade dos profissionais e instituição.

[...] na verdade a instituição nos passa o que tem que ser feito, nós temos as normas, elas tem que ser eu acho seguidas a risca, eu tento seguir a risca tudo o que me passam, porque minha função aqui é trabalhar, é tentar gerar, fazer meu serviço da melhor forma para o paciente. Então, eu tenho que seguir as normas. (E1)

Conhecimento e sabedoria. Se está deficitário, corre atrás e se informa mais, está tudo registrado em algum lugar, basta ter vontade de ir procurar a informação. (E9)

Hoje, aconteceu uma confusão, porque tem todo um fluxo, primeiro nos passam os papéis com o AIH [autorização de internação hospitalar], a nota de internação e a prescrição. A gente pega o paciente prepara, veste ele, punciona, medica. O enfermeiro vai no salão, coloca no relatório que a gente tem de todos os pacientes do pronto-socorro. Depois a gente entrega os papéis para a secretária, daí a gente passa para o pessoal das macas, para o enfermeiro e o técnico, a gente passa se tem alguma medicação para depois. Passa os papéis para as secretárias, para elas terem ciência também que o paciente está internando, colocam também no computador delas, tem toda a organização. Elas pegam a AIH e vão atrás do paciente e do familiar para

fazer a internação. O que aconteceu, a traumato sempre quer ser diferente, no final das contas mudaram o esquema da traumato, alguém mudou e não nos falou, e tem que seguir, não, não é assim! Então, entregaram AIH direto para fazer a internação lá na recepção, mas elas já sabem que não é assim que funciona, aí vieram atrás de mim, aí eu fui, conversei com o residente da traumato que entregou a internação e falei para ele: não é assim que funciona, tem fluxo e a gente tem que seguir, tu vai desorganizar a coisa, ele entendeu. Então tá, tu me entrega lá primeiro, depois a gente vai mandar fazer a internação, depois tu me avisa quando tiver internado para eu fazer a prescrição. (E20)

Com relação a atividades de competência de cada profissional, analisou-se que há um fluxo descrito no Manual de Gerenciamento da rotina da unidade de pronto-socorro de 2017, que descreve as atribuições dos profissionais (p. 11) e norma geral do funcionamento da unidade (p. 12). No período de observação, ficaram visíveis estas rotinas de trabalho do enfermeiro, sendo que os profissionais seguem estas descrições e gerenciamentos, assim como está acordado em reunião dos enfermeiros (ata 27/03/2018).

Como foi possível observar em vários momentos da observação e na entrevista, os profissionais fazem menção à prescrição e ao aprazamento das pastas como rotina do turno da tarde, como um trabalho prescrito.

[...] vou para o aprazamento das pastas que também é rotina do turno da tarde, aprazamento de prescrições, e esse aprazamento segue até as 19 horas da noite porque os médicos, eles liberam as prescrições quando/conforme eles vão saindo dos rounds. (E3)

Eu sempre pego algum prontuário que ainda tenha para aprazar medicação, [...] tem uma pasta para aprazar, acaba aprazando, não sei se é uma rotina, se tem até esse protocolo não sei, mas acaba que o enfermeiro sempre apraza. (E7)

[...] se você está no salão, à noite pelo menos você chega, você já vai ver se tem uma pendência com pastas, com medicações para tentar resolver logo por causa do horário, se não tem, tem que providenciar, tipo algum aprazamento, alguma medicação que não veio, tipo antibiótico, faltou a justificativa tu tem que providenciar isso para o paciente não ficar sem [...]. (E18)

À tarde, daí é mais corrido porque também tem mais as pastas que a gente tem que aprazar, as prescrições dos pacientes fica mais para tarde, claro, quando eu estou de manhã e sobra um tempo, no final da manhã se tiver alguma prescrição eu já vou ajudar e já vou aprazar para não ficar tudo para tarde, porque se tu está sozinho de enfermeiro no salão, além dos cuidados tu tem mais as pastas para aprazar. Então, tem toda a parte administrativa, gerenciamento, aí já facilita se tu está em duas já fica melhor de se organizar, porque o salão é sempre mais pesado e tem ficado agora duas enfermeiras no salão. (E20)

A falta de conhecimento dos POPs e protocolos são citados como uma dificuldade de trabalho, pois limita o atendimento e a equipe acaba se dispersando.

Eu acho que nem todo mundo segue os protocolos, eu acho que nem a gente também não conhece todos. Alguns protocolos de emergência que eu acho que a gente deveria seguir mais à risca. Como a gente tem a equipe multiprofissional, então acho que deveria haver uma capacitação maior em relação a isso, desde protocolo de parada, que eu vejo que cada médico segue uma conduta, cada enfermeiro também uma conduta, os técnicos também ..., dependendo de um, de outro, também tem uma conduta. Então, acho que não estão alinhados, os protocolos não estão alinhados. (E21)

Eu acho que a gente deve segui-los [POPs e protocolos], eu até acho que isso é uma falha nossa de não ter essa consulta mais frequente, até porque a gente está em um campo de ensino, mas em virtude das nossas rotinas mais corridas a gente não faz uso. E, quando a gente tem um turno mais tranquilo, a gente não lembra de fazer isso, porque já não é rotina, então a gente está nessa rotina de não usa-los. (E17)

Tem muita gente que não conhece [POPs]... até sabem, mas não conhecem e falta muitos outros para serem feitos... Por exemplo, o protocolo de reanimação cardiovascular, quando a gente está nesse universo cada residente que chega, cada equipe médica que chega, cada um toma uma conduta. Embora, a gente saiba o que tem que fazer, qual é a sequência certa de ventilações, compressões que drogas ele tem que fazer, depende de cada um que está conduzindo a parada, ele tem uma conduta diferente e isso é ruim, porque quem perde é o paciente, embora a gente saiba qual é a sequência que eu tenho que fazer, agora tem que fazer adrenalina, agora tem que fazer, tem que fazer amiodarona, quantos são [...] e muito não sabem, principalmente os RI que estão chegando. Então, cada semestre, a cada seis meses passa pela mesma situação, troca equipe, equipe nova que está chegando, aí eles não sabem muitas coisas, então é complicado, é o refazer todo o tempo. (E5)

Nesse contexto de falta de conhecimento ou pouco contato com os POPs, observou-se, em uma determinada situação, que a equipe de enfermagem enfrenta algumas dificuldades na assistência aos pacientes em relação a condutas dos novos residentes que chegam e com um déficit de conhecimento de algumas rotinas e protocolos de atendimento de urgência e emergência.

Há também relatos apontando que o trabalho prescrito está atrelado à prescrição médica, como uma subordinação ao poder médico centralizador. Nesse contexto, surgem dificuldades relacionadas ao exercício da autonomia do enfermeiro em seu trabalho.

Ainda, muito mais agora que a gente teve a realidade da entrada da EBSEH. A gente tem, assim, uma classe de enfermeiros muito subordinados ao poderio médico, tem um grupo que só faz as coisas que o médico manda, se o médico não manda eles não fazem, ou eles ficam atrelados: “mas o doutor não quer”!

E eu tenho que fazer, eu tenho que fazer conforme o doutor, é um exemplo. Um dia passaram marcapasso [cardíaco] no paciente ali, e a residente disse que ninguém podia mexer no curativo, só ela, aí o enfermeiro que recebeu essa informação ele botou no mapa e passaram para o plantão para os outros, quando eu li aquilo, eu disse: dá onde isso?! Não existe isso, marcapasso [cardíaco], quem é que vai fazer os curativos que é um acesso central, marcapasso externo, é o enfermeiro que vai fazer. Se o médico quer fazer, ele pode fazer, mas não pode colocar aqui que é expressamente proibido, que ninguém possa mexer nesse curativo. Então, tem que questionar e eles não questionam, é um grupo diferente, não sei, é a formação, a gente percebe assim, que a formação de um tempo para cá ela [...]. (E5)

Tem muita colega que não tem a questão de se impor para seguir um protocolo. As vezes não tem conhecimento ou, as vezes, não consegue se impor com a equipe médica. (E23)

O depoimento a seguir exemplifica que o cuidado da enfermagem ainda encontra-se atrelado e/ou centralizado na prescrição médica, ou nas condutas médicas. Nas situações em que o enfermeiro avalia a necessidade de um procedimento, no entanto precisa do parecer e prescrição médica para ser solicitado.

Porque se tem um médico que não vai com a tua cara, digamos assim, em outras palavras...não gosta muito do teu jeito de trabalhar, ele dificulta a tua autonomia. Ah, eu queria coletar, mas ele não quer pedir, não precisa, não precisa, esse paciente não é meu. Isso dificulta um pouco também as relações, as comunicações. (E10)

No período de observação, essa realidade se fez presente. Enfermeiros avaliam pacientes e buscam com os médicos condutas para seguir. Esporadicamente, alguns enfermeiros apresentam condutas diferenciadas, coletando secreções, urinas e, através de suas experiências, conhecimentos e autonomia, comunicam-se com os médicos e explicam o cuidado/condução que foi realizado.

Medicação não, a gente não tem protocolo de medicação, eu não faço sem aval do médico. Passar uma sonda, por exemplo, está vendo que o paciente não urinou, para que esperar a prescrição se tu pode passar uma sonda de alívio, isso é do enfermeiro essa avaliação e eu passo essa sonda de alívio e depois eu comunico para o médico: olha, passei uma sonda de alívio, dreno tanto, eu acho que essa urina está, por exemplo, hematúrica, está com piúria. Esses dias, por exemplo, um paciente intubado, não tinha nada prescrito de coleta de escarro, eu fui aspirar o paciente estava um 'leite condensado', grosso, fétida a secreção, eu aspirei no bronquinho [coletor de secreção] que o fisio [fisioterapeuta] me ensinou e eu comuniquei o médico, eu liguei para o médico: olha, 'assim, assim, assado' a secreção dele, vamos encaminhar para o laboratório? Ah vamos, eu já vou fazer o pedido! Eu acho que isso é uma autonomia. Swab também, de lesão, às vezes vejo aquela secreção verde, olha, coletei um Swab, tu pode pedir para mim? Sim, tu coletou por quê? Porque a

gente achou isso, isso e isso tem odor. Ah tá! Eu acho que isso é autonomia do enfermeiro também. (E10)

Em relação às prescrições de enfermagem e protocolos específicos de enfermagem, além de atenderem as exigências éticas e legais relacionadas à profissão, garantem o cumprimento das atividades. Este trabalho prescrito é visto como um conjunto de intervenções e ações de enfermagem para prestar um cuidado planejado. Essas prescrições defrontam-se com a alta demanda de atividades e atendimentos que o pronto-socorro oferece, o que altera o trabalho prescrito frente às necessidades do trabalho real.

Eu acho que da parte dos enfermeiros tem coisas que a gente não consegue fazer. Um exemplo, a escala de Braden, que está sendo implementada e a gente não conseguiu ainda de todos fazerem, pela demanda, pelo fluxo que é muito grande mesmo. Mas, a maioria dos protocolos os enfermeiros fazem e funciona bem aqui dentro, eu acredito. (E7)

[...] a gente não segue nenhuma escala, a escala de BRADEN, que a gente deveria fazer, às vezes não dá tempo de fazer, escala de MORSE, que é de quedas, a gente não tem tempo de fazer as vezes, escala de FLEBITES, também não faz, se não a gente vai ficar muito burocrático e não vai desempenhar nada das atividades, porque é tudo muito corrido, a gente tem superlotação de pacientes, poucos profissionais e, então, as vezes, vai ficar só no papel que aquilo não vai ser realizado. SAE a gente também não faz, então, a gente acaba fazendo uma SAE meio que por conta no nosso papel ali, no nosso papel individual, não informatizando ela. (E3)

Esse cenário, como relatado nos depoimentos, é o resultado da superlotação do pronto-socorro, onde os profissionais permanecem no mesmo número para atender uma alta demanda, não dando conta do trabalho prescrito. A questão da superlotação vem sendo discutida em busca de solução, como consta na ata nº 02/2013, em que se discutiu a dificuldade das unidades em receber os pacientes do pronto-socorro, ficando acordado que as unidades devem receber pacientes até as 18horas, para facilitar o fluxo no pronto-socorro, além de uma capacitação de urgência e emergência para os funcionários do pronto-socorro.

Outro contexto que vem sendo discutido é em relação à implantação da SAE, que faz parte na ata nº 3/2011, constando a exigência da direção para a sua implantação. No entanto, os enfermeiros relatam a dificuldade de realizar a SAE em todos os pacientes da emergência, tendo em vista a superlotação constante.

Além dos protocolos e POPs citados anteriormente, há rotinas estabelecidas internamente no pronto socorro (normas antecedentes), que são empregadas para dar andamento ao trabalho específico de pronto-socorro. Normas internas são instituídas pela

instituição e chefe da unidade de pronto-socorro, como um roteiro, um planejamento para os enfermeiros seguirem no seu turno de trabalho. Assim como, há divisões e rotinas, em que os enfermeiros se organizam.

Quando eu fico na emergência, eu vejo os pacientes, vejo o termômetro que é uma exigência, ela [chefe de enfermagem] é bem criteriosa, ela cobra isso da gente. Daí, vai chegando os pacientes e eu vou acompanhando eles, faço anamnese, faço a evolução do paciente, vejo os sinais quando precisa, puncio, mais ou menos isso na emergência. (E10)

A gente chega no plantão, na verdade já tem uma escala pré-organizada para nós, para gente saber para que lado a gente vai. Então, o turno anterior já deixou uma escala dizendo: enfermeiro tal vai ficar na sala de emergência, vai ficar nos leitos, vai ficar nas macas, assim como é com os técnicos também. Então, isso já direciona a gente para o plantão, para aquele lugar que eu vou ter que pegar o plantão e tudo mais. Então, a gente segue a folhinha com os pacientes que são passados para nós e ali eu vou anotando o que é prioridade, o que eu tenho que fazer primeiro, que horário que eu tenho que fazer, assim tudo eu anoto, porque senão a gente se perde no plantão. As vezes, é muita coisa, muita informação. (E14)

Quando a gente chega, primeira coisa, a gente olha a escala, que todo dia, normalmente a gente faz um rodízio. Então, é dividido entre salão, macas e sala de emergência. Logo que a gente assume o local onde a gente vai ficar, a gente faz um plano de cuidados, normalmente, quando a gente está no salão, a gente faz o plano de cuidados. (E20)

[...] é que assim, a gente tem divididas as rotinas do enfermeiro aqui. Os plantões são divididos, fica um no salão, outro nas macas, um na regulação e outro na emergência. Normalmente, são quatro enfermeiros por turno. (E22)

A lacuna existente entre o trabalho prescrito e o trabalho real, é suprida, muitas vezes, pela experiência dos profissionais enfermeiros, que, através dela, conseguem trabalhar e manejar a situação da melhor maneira possível naquele momento.

Tem as capacitações dos POPs e coisa e tal, tem os POPs para gente ver. Mas, eu acho que a gente traz muito o que a gente, da forma que a gente aprendeu. Isso é uma coisa que não deveria, mas a gente acaba trazendo, o jeito que a gente aprendeu, que não está errado também, mas a gente sabe que tem a padronização para, [...] POP é para a gente seguir, mas acho que para a gente já vir fazendo daquela mesma forma, que não vá trazer risco para o paciente e é uma coisa correta também. (E12)

É que na verdade, eu na verdade, eu não sinto falta. Eu sigo conforme eu aprendi, faculdade, experiência. Eu não fico ali lendo para seguir, se eu sei alguma coisa e alguma coisa mudou, vamos seguir o que mudou, mas eu não paro para ler, eu não acho essencial. Eu sigo conforme eu acho certo, pelo que eu aprendi, por experiência. Até, se tiver alguma coisa diferente, o colega vai me passar, a gente vai fazer. (E20)

Como descrito, o trabalho prescrito são normas pensadas antecipadamente, mas elas não necessariamente são seguidas, pois o meio é imprevisível e mudanças são constantes. No entanto, pode-se perceber que as normas existentes são guias para que a instituição mantenha a organização e a ordem nos atendimentos e, para que o trabalhador possa seguir o seu planejamento de atividades, uniformizando condutas.

O trabalho real é a atividade humana, o momento da ação, quando o profissional faz uso de si para intervir, para agir, para atender. Mediante as situações reais de trabalho, o profissional ainda faz uso de sua autonomia para modificar o prescrito, por ser um trabalho dinâmico e instável. Considerando toda a complexidade do meio, a dimensão de uso de si por si e uso de si pelos outros, junto aos valores de cada um e às normas antecedentes, configuram-se no sustento para os trabalhadores tomarem decisões.

Depende. As vezes, tu chega tem um monte coisa para fazer, eu faço primeiro o que é prioridade, o que é mais urgente e algumas coisas vão esperando, a gente coloca em fila, organiza assim [...]. (E2)

A gente vai tentar priorizar, avaliar inicialmente os pacientes de maior gravidade, quando a gente está nos leitos, a gente vai avaliar os pacientes que estão em ventilação mecânica, aqueles que tiveram maior gravidade na passagem de plantão para posterior rotina de procedimentos. (E4)

[...] a gente chega tem o gerenciamento de cuidados que é a passagem de plantão, a gente verifica as prioridades de cada turno, o que é necessário se fazer primeiro, também os pacientes mais graves. Depois a gente faz o mapa dessas atividades e, já vai para parte assistencial que são os cuidados com os pacientes críticos, os prioritários. Aqui nós somos divididos em quatro setores, então depende do setor que a gente vai, que é emergência ou as macas, corredores, salão e a regulação, e aí tem as atividades peculiares de cada um desses lugares. (E17)

Dessa forma, o trabalho real executado no setor investigado resulta no estabelecimento de estratégias e desenvolvimento de ações peculiares, a fim de gerenciar e atender a alta demanda de pacientes, incluindo muitos em estado grave, e de procedimentos. Os depoimentos a seguir exemplificam as atividades de trabalho destes profissionais enquanto membros fundamentais de uma equipe.

[pensando] eu sei que a gente deve obedecer os protocolos, a gente deve obedecer as normas, só que as vezes em função da [...], tem dias que está mais

calmo que a gente consegue seguir adequadamente os protocolos, que a gente consegue desempenhar um trabalho de qualidade, mas tem dias que a demanda é muito grande que, as vezes, a gente não consegue desempenhar [...] e isso é um risco para o paciente e para nós também como profissional. [POR QUE?] É, fugir não totalmente, mas fugir em alguns itens do protocolo, por causa que tu tem que atender vários e, por exemplo, instalar a bomba de sangue, tem que ficar 10 minutos olhando para o paciente, mas daqui a pouco tem uma intercorrência e aí tu não pode ficar 10 minutos ali acompanhando a infusão de sangue. Tem que ser um enfermeiro para instalar aquela bolsa de sangue, às vezes, o enfermeiro está muito ocupado e aí acaba o técnico instalando. Essas coisinhas assim, a gente tem que verificar os sinais [vitais] antes e depois. As vezes, a gente verifica só antes e não depois. Essas coisas assim, eu acho que alguns protocolos a gente acaba [...] a maioria a gente segue, a grande maioria a gente consegue seguir, mas alguns fogem da nossa realidade devido a demanda que a gente tem, poucos profissionais. (E3)

Não dá tempo aqui de ver, assim, paciente por paciente, passar aquela história da visita de leito em leito, não tem como fazer isso. Então, quem é que a gente chega e vai atendendo, quem está grave, quem precisa resolver problemas naquele momento, não tem como ver cada um, por exemplo, se tu está nas macas, às vezes, tem trinta e poucas macas, salvo quando tu vai ajudar a ver os sinais vitais daquelas pessoas tu consegue ver todo, senão tu só vai atender quem tu precisa, no salão a mesma coisa [...] O pronto-socorro é sempre duzentos por cento, duzentos e tantos por cento acima da capacidade! Tu tem espaço para vinte e três leitos e tu tem cinquenta, sessenta pacientes, então, tu tem que pensar quem que eu preciso deixar no espaço mais nobre, que é a área do salão de observação, que tem rede de oxigênio, que tem tomada elétrica e os demais vão para o corredor. (E5)

Às vezes, nem tudo sai na ordem que a gente quer! Então, às vezes, não dá tempo de tu fazer uma lavagem de mãos adequada, às vezes é só um álcool que tu passa na mão, conforme for o dia. Mas, nem sempre tu vai conseguir fazer tudo de acordo com o que está ali, nem todo o dia [...]. (E6)

Diante das dificuldades encontradas na prática e de seguir a maneira mais correta para prestar o cuidado ao paciente, os profissionais usam da sua experiência para realizar as suas atividades e enfrentar a defasagem entre a prescrição e a realidade do trabalho.

[...] a gente acaba tomando as decisões conforme a experiência que a gente tem, conforme o acordo que a gente faz verbalmente entre os colegas, porque, às vezes, a gente tem um acordo: só levar o paciente para dentro quando tiver internação, essas coisas, sabe! São acordos que a gente acaba tomando verbalmente para manter o PS organizado. Então, algumas decisões a gente já tem meio que pré-estabelecidas, outras a gente acaba tomando na hora, sempre visando o melhor para o paciente. (E3)

O conhecimento, a gente já tem bastante tempo assim, às vezes, até faz as coisas meio que sozinho já, assim as coisas acontecem, é eu creio que sim, que seja a experiência da gente na área. (E22)

Às vezes, tu quer dar uma opinião ou tentar ... como eu posso te dizer... sugerir certas coisas para eles [médicos], pela experiência que a gente já tem, pela convivência, pela rotina aqui e alguns aceitam e outros não. (E14)

Pode-se perceber que, no dia a dia do trabalho dentro da unidade de pronto-socorro, assim como também foi analisado na pesquisa documental, a prescrição médica nem sempre é seguida em sua integralidade. Em alguns casos, o que consta na prescrição não é critério para o enfermeiro realizar a conduta, pois estão dentro de um setor de urgência e emergência que não permite certos procedimentos que seriam específicos para pacientes de UTI. O depoimento a seguir, retrata o comportamento do profissional em situação de trabalho real, em que nem tudo que é prescrito é realizado.

Quando tem PVC [pressão venosa central], por exemplo, não tem aqui embaixo. Logo que eu entrei tinha prescrito e eu instalei o PVC, aí os meus colegas disseram, não, a gente não faz PVC aqui. Porque, não tem condições um enfermeiro com tantos pacientes fazer PVC, isso é feito lá na UTI. [...] Foi falado e não foi mais prescrito, mas foi bem tranquilo pelo que eu fiquei sabendo, é um exemplo. As prescrições, medicações, quando a gente vê que é uma coisa muito absurda, a gente liga para saber, para confirmar se é aquilo ali mesmo: realmente não é. Eles modificam. (E7)

O trabalho real executado pelos enfermeiros sofre interferência das intercorrências, típicas de um setor de urgência e emergência. Em meio a esse contexto, eles encontram maneiras de realizar as atividades, replanejando suas atividades, diferentemente do previsto nas rotinas estabelecidas.

A partir do recebimento do plantão a gente traça um plano de trabalho para aquele turno. Plano para poder atender os pacientes, para a gente também poder se direcionar, seguir uma rotina naquele turno e para poder atender todas as necessidades dos procedimentos que se apresentam. Então, durante o trabalho pode acontecer outras intercorrências que não estão programadas, então, a gente resolve essas intercorrências. (E21)

Então, quando a gente recebe o plantão, a gente já elenca algumas prioridades, alguns pacientes que tu precisa ver primeiro, alguns procedimentos que precisa fazer logo ou uma demanda que tu precisa resolver logo no início do plantão. A partir de então, a gente começa a fazer os nossos cuidados, o que é privativo do enfermeiro, questão de aspiração, de sondagem, punção de via difícil e vai fazendo o que vai surgindo, e é muito dividido, tem o salão, tem as macas, tem a emergência. (E23)

Depois quando acalma essa situação, eu passo para ver os pacientes. Normalmente, quando eu consigo, porque, às vezes, está muito agitado no salão, a gente já chega, já vê isso, já tem uma parada ou um paciente vai ser intubado. Então, às vezes, a gente não consegue fazer essa rotina. Mas, a

princípio se está tudo calmo, tranquilo eu passo para ver os pacientes, passo um por um, vejo medicação que está correndo, olho o paciente, vejo se tem sonda, se não tem, se está realmente de acordo com a prescrição ou com o relatório que a gente tem, as queixas, se tem curativo, alguma coisa que eu tenho que fazer no decorrer da noite, uma sondagem vesical de alívio, bexigoma [retenção urinária], essas coisas, avalio o paciente. (E22)

A enfermagem apresenta em sua essência a continuidade das atividades, principalmente no pronto-socorro, onde há uma dinâmica e rotatividade de serviço muito grande. Então, essa distância das rotinas prescritas para o trabalho real faz com que os profissionais deixem algumas atividades para os próximos profissionais.

A gente bate o ponto, a gente vem e encontra com o colega do plantão anterior, ele nos passa, a gente faz a passagem de plantão, as pendências que ficaram, as intercorrências que houveram no plantão dele, e eu venho e analiso na nossa tabela de registros o que foi colocado e a qual pendência que está ali registrada na tabela. (E4)

Seguindo nesta direção, os profissionais fazem *uso de si* para enfrentar as demandas do trabalho, aprimorando-as e confrontando-as com a realidade do trabalho real.

Acho que não tem como tu fazer um protocolo e seguir assim, por exemplo, a higiene, a higiene tu tem que tirar o paciente do corredor e levar ele para aquela salinha lá no meio do salão, tu acha que vai ter uma higiene bem adequada ali, em uma maca que tu não consegue nem mover o paciente direito?! Não estou criticando, estou só levantando[...]. (E10)

A gente chega, recebe o plantão, olha as intercorrências. Por prioridades, a gente vai, aos pouquinhos, fazendo o nosso trabalho, vamos na farmácia buscar medicação, coisa que não é nossa, mas a gente acaba fazendo. Ir na farmácia buscar medicação, prescrições que estão faltando, não tem aqui dos pacientes a gente vai atrás, muito serviço que não é nosso. De dia tem nessa parte um funcionário que faz essa parte, mas de noite não tem. Levamos para exames junto com os técnicos, buscamos de exames, parte assistencial, parte burocrática. (E12)

Olha, eu considero que os POPs são aplicados, ele não é só a nível de papel não, a equipe teve esse treinamento, a equipe procura aplicar, lógico que nós estamos dentro de uma realidade de superlotação, um pronto-socorro que a gente sabe que é uma realidade que nunca vai estar dentro de um ambiente cem por cento adequado, sempre vai ter mais pessoas do que recursos humanos para trabalhar, espaço físico também as vezes falta, mas na medida do possível a gente tenta adequar da melhor forma, atender ao nosso treinamento, o que nós passamos, para a gente não cair em negligências ou imprudências. Então, a gente tenta andar o máximo dentro da regra. (E4)

Então, é muito complicado estabelecer uma rotina, porque, às vezes tu chega: ah! eu vou aspirar logo todo mundo, para todo mundo ficar limpinho, mas aí é um paciente que para [faz parada cardiorrespiratória] ou é um paciente que intuba, é um paciente que está com dor, tu vai lá avalia tudo muito de acordo com a demanda do paciente. Então, a organização é mais mental, a gente saber, que eu tenho 12 horas de plantão e naquelas doze horas no mínimo eu tenho que prestar tais cuidados, mas que nesse intervalo vão aparecer vários outros cuidados que eu vou ter que administrar, em que hora eu vou fazer dentro daqueles que eu já tenho na minha cabeça que eu tenho que fazer. (E23)

Os enfermeiros relatam certa “rotina” de trabalho, porém, percebe-se que essa rotina não é sempre igual, que a atividade de trabalho sofre renormatizações, devido à singularidade de cada paciente e a complexidade da unidade.

No salão e nas macas a gente faz mais aquele cuidado prolongado. Geralmente paciente grave, alguns nem tanto, mas a carga de trabalho é grande, porque a gente tem sempre muito curativo, tem sempre muito paciente para aspirar, cuidado em si para fazer, além da parte toda de gerenciamento, você passa que o paciente tem todas as medicações, porque eles recebem de tarde as medicações, a medicação chega de tarde na unidade, geralmente a gente vai detectar que veio alguma coisa errada, ver que alguma coisa faltou no início da noite quando começa a fazer a previsão das medicações da noite. Então, a gente precisa estar sempre correndo atrás de uma medicação ou outra que falta. Já, na emergência não, a emergência, às vezes, tem um paciente ali que precisa de cuidado mais prolongado, a gente procura evitar deixar ali, porque emergência é sempre uma caixinha de surpresa. (E23)

O pronto-socorro, como ele é muito peculiar e subdividido, então, depende da onde se está. Por exemplo, a emergência, é uma caixinha de surpresa que não tem como a gente se preparar muito, a gente só tem que se preparar porque pode chegar e na realidade a gente nunca está preparado, porque sempre é uma novidade, sempre é uma situação diferente uma da outra, enfim. E assim, seguindo até o final do plantão, que é sempre muito instável, a gente nunca sabe o que pode acontecer. (E8)

Então, depende muito do local onde você está, se você está no salão, à noite pelo menos você chega, você já vai ver se tem uma pendência com pastas, com medicações para tentar resolver logo por causa do horário, se não tem, tem que providenciar, tipo algum aprazamento, alguma medicação que não veio, tipo antibiótico, faltou a justificativa tu tem que providenciar isso daí para o paciente não ficar sem. Depois você vai ver os pacientes, geralmente a gente consegue ver, estando no salão tu consegue ver só os intubados, tu já tem que chegar e já tem que aspirar eles, geralmente. Mas, já tem sondagem para ti fazer, a gente faz tipo um mapinha das atividades, você evolui os pacientes, você aspira, intercorrências, vê sinais [vitais], estando nas macas tem que ver Sinais [vitais], na emergência, na regulação você faz o contato entre o médico solicitante e o médico daqui, a gente tem que estar a par da situação do PS, tipo assim, quantos pacientes têm, quantas macas tem, se tem como alocar um paciente que está vindo, se precisa de isolamento, se tem disposição se não tem, quantos respiradores você tem. Então, tem que estar

dentro de toda estrutura para saber se tu tem condições de receber um paciente ou não, aí você discute com o médico: olha, a situação é essa, acho que agora não é hora de vir de repente amanhã de manhã. Mais ou menos isso. (E18)

De noite, como cada turno tem uma especificidade, de noite como são mais horas a gente consegue, às vezes, se organizar diferente, se organizar melhor que o pessoal do dia. De dia, tu vai conforme vai andando o serviço, tu vai ... te chama para isso, te chama para bloco [cirúrgico], fazer checklist, chama para exame, tem que saber para onde o paciente vai, tudo do dia tem algumas coisas a mais e menos tempo. (E19)

As atividades, no trabalho real, também encontram dificuldades para serem executadas, como falta de materiais, estrutura física, relacionamento com outros profissionais. Assim, os enfermeiros buscam de suas experiências e conhecimento para buscar estratégias a fim de realizar seu trabalho.

Bom, uma coisa que dificultava e diminuiu bastante, mesmo porque acaba que a equipe se dividiu, eu acho quem passa mais essa dificuldade é o pessoal da noite. Eu já fiz alguns plantões isolado da noite, há uma certa diferenciação entre RJU e EBSERH, isso é uma coisa que vai ter que ser esclarecida, realmente é fato. São regimes diferentes, com cargas horarias diferentes, salários diferentes e pessoais alguns, poucos para falar a verdade, com vícios que limitam essa condição, tem alguns mais antigos que acham que tem que tomar decisões por si só e não dividem a autonomia com o restante da equipe, alguns têm resistência. (E4)

Às vezes, as coordenações que são distantes, desde direção do hospital, coordenação direta, quem for, eles são muito distantes da realidade. Então, ficam muito na parte administrativa e não vivenciam o que tu está passando no dia-a-dia. Então, as vezes quando tu leva alguma questão eles estão longe, eles não sabem porque não estão presentes no que tu está vivenciando [...] Outra dificuldade que a gente sente, às vezes, assim, está faltando material, um curativo, uma cobertura, por exemplo, que a gente está usando no paciente aquela cobertura e lá pelas tantas o setor de compras diz para ti que não tem mais no hospital e que não tem prazo para se comprar aquilo. Então, isso é uma coisa muito ruim, ou pode ser com equipamento, ou poder ser com material, pode ser com alguma coisa [...]. (E5)

Porque, assim, nem tudo, as vezes, está na mão, tem que improvisar muita coisa. Então, quem trabalha com urgência e emergência tem que ter essa, digamos, essa capacidade. Mas, muita coisa tem que improvisar, as vezes. Ah, lá está faltando um material, por exemplo, uma bolsa coletora para sonda vesical, vou deixar de passar a sonda por causa disso, não, eu vou pegar uma outra bolsa de alguma outra coisa e vou tentar fazer alguma coisa, desde que, não comprometa o paciente, que não vá levar, digamos, risco para ele, infecção. (E14)

Na unidade, os enfermeiros relatam, ainda, que precisam fazer a parte do gerenciamento do cuidado, mas que este gerenciamento segue conforme o fluxo do atendimento e disponibilidade de tempo, o qual é necessário para dar continuidade aos serviços.

De tarde, a gente tem que fazer um pouco mais rápido as coisas, porque tem todas as pastas para aprazar, tem que correr atrás de prescrição. Se está em um papel tu consegues te organizar nas coisas que tu tem para fazer, vai riscando, vai checando conforme tu consegue fazer, procuro me organizar desse jeito sempre colocando tudo no papel. (E15)

A gente, aqui, por ser uma unidade que está sempre demandando muito do enfermeiro, a gente, às vezes, não consegue. Por exemplo, os enfermeiros, nas unidades, tem uma rotina mais administrativa [...] conseguem gerenciar melhor essa parte de protocolos que teriam que ser feitos pelo enfermeiro, até para tu ter indicadores e tudo mais. Aqui, a gente não consegue muito parar, raramente a gente consegue fazer uma escala de Braden, às vezes, tu faz, fica dois, três dias sem conseguir fazer. Então, aqui, é uma unidade muito dinâmica, assim como está os pacientes trocam muito rápido e tu sempre tem uma demanda de intercorrência deles para resolver [...]. (E19)

No salão, a gente tem os pacientes que estão internados, são os pacientes que a gente considera mais graves. No salão, são pacientes que, às vezes, estão na lista de espera da UTI pra ser encaminhado, para CTI [Centro de Terapia Intensiva], para UTI, tem procedimentos, paciente que já estão no respirador, pacientes com uma demanda de cuidado maior. (E21)

Então, o nosso serviço é esse, basicamente gerenciar o cuidado, fazer previsão de material e principalmente organização. É um serviço onde a gente tem alta rotatividade tanto de pacientes, alto fluxo de profissionais, acadêmicos, equipe médica, são várias equipes médicas, a gente tem, equipe da traumato, equipe da cirurgia, equipe da clínica, de dia tem equipe da pneumo, da cárdio, do MI [medicina interna], da neuro. Então, acaba que o enfermeiro é o centralizador, acaba organizando tudo e acaba capitando ou tentando capitar, que, às vezes, não consegue todas as informações de cada paciente. Então, é um trabalho muito diversificado, porque a gente tem aqui desde o paciente cardiopata grave, paciente que sofreu um AVC [acidente vascular cerebral] até o paciente que tem uma necrose no dedo do pé. Então, o enfermeiro tem toda essa visão da questão do todo, de saber cada paciente suas necessidades para a gente tentar alocar os recursos que a gente tem disponível para cada paciente, porque a demanda é muito grande. (E23)

O trabalho em pronto-socorro significa estar, constantemente, atendendo e organizando uma alta demanda de atividades e cuidar de pacientes em situações críticas de vida. Destaca-se que, este ambiente, apresenta uma organização burocrática e hierárquica a fim de sistematizar o serviço. Contudo, os enfermeiros ali atuantes transitam entre o trabalho prescrito e o trabalho real, conferindo mudanças necessárias para a efetivação do cuidado de enfermagem.

4.4 DRAMÁTICAS DO USO DE SI E RENORMATIZAÇÃO DO MEIO: CONSTRUIR E RECONSTRUIR O TRABALHO EM PRONTO-SOCORRO

A partir da análise dos depoimentos, dos documentos e das observações, foi possível conhecer como os enfermeiros atuam frente aos atendimentos de urgência e emergência. Nesse cenário, eles vivenciam dramáticas do *uso de si*, intervindo e agindo nas mais diversas situações.

Os depoimentos e observações das situações de trabalho dos enfermeiros assinalam que as dramáticas do *uso de si* se fazem presentes no cotidiano dos trabalhadores, no seu dinamismo entre as normas antecedentes e tentativas de renormalizações. Por outro lado, evidenciou-se também que, diante das situações de urgência e emergência, os profissionais utilizam de estratégias e ações para realizar gestão do seu trabalho e encontrar formas mais organizadas de trabalhar.

A gente recebe o plantão e se organiza mais ou menos dentro daquilo que é prioridade. As vezes, tu já tem que ir atender uma intercorrência e resolver algum problema, é uma medicação é um paciente passando mal[...]Na sala de emergência que a gente é escalada também. Eu acho que também é nesse sentido, o paciente mais grave, o cuidado maior, o que é emergência e assim a gente vai fazendo e o tempo inteiro tem coisa para fazer, tem trabalho, tem procedimento. E, também, mesmo que a gente se organiza para ir desenvolver o trabalho ao longo da manhã, daí começa aparecer as coisas, é um paciente que desestabiliza, que tu tem que ir lá dar suporte, ou o paciente faz uma parada [cardiorrespiratória], aí te desorganiza todo [...]. (E2)

Na situação de emergência, o enfermeiro, pelo menos eu tento ser aquela pessoa que mantém a ordem do atendimento e protocolo, porque emergência é tudo protocolo. Então, não interessa se é médico, se é enfermeiro, existe um protocolo a ser seguido e aqui como é uma rotatividade muito grande de profissional, profissionais recém-formados, aqueles profissionais que estão em formação, os residentes, acaba, às vezes, que não sabe muito o que fazer, as vezes, quer fugir de um protocolo a gente tenta sempre alinhar: olha, quem sabe a gente não segue o protocolo, não faz assim, não faz assado. Então, eu tento sempre manter a ordem na sala de emergência, nesse atendimento de emergência. Quando a gente tem emergências múltiplas é bem complexo, porque acaba que tem gente que não sabe o que atende primeiro, então sempre organizar, fulano tu vai atender aquele paciente, eu vou ficar aqui, ciclano tu vai fazer esse, tu vai chamar ajuda. Então, sempre tento manter essa organização ali dentro, mesmo como um maestro ali, de ficar dizendo o que cada um tem que fazer em que hora tem que fazer. (E23)

Seguindo na mesma direção, durante a emergência, as dramáticas do uso de si se fazem presentes. Assim, o enfermeiro precisa fazer escolhas, pensar e agir rápido para atender da melhor maneira possível naquele momento.

A gente tem que colocar numa balança o que vai ser melhor para o paciente. Então, pode não ser a melhor decisão que eu possa tomar, mas naquele momento foi a melhor que eu tive. Então, eu acho que todo enfermeiro ele tem uma decisão para tomar naquele momento, se ele for para casa pensar, ele pode achar uma decisão melhor, mas naquele momento foi a melhor que passou pela cabeça dele. (E3)

Bom, diante de situações de emergência, primeiro eu tenho que tentar focalizar qual foi a causa do cliente estar submetido e tentar ter um raciocínio fisiológico perante a situação dele, então [...]. (E4)

Tomar atitude quando precisa, ser rápido para isso, pensar no paciente primeiramente com responsabilidade e segurança [...] Eu acho que, alguma alteração que em alguns pacientes, primeiramente a gente sempre toma uma atitude ali, antes de chamar médico, não que não seja importante, lógico, a gente vai chamar, mas eu tenho autonomia para ver o que precisa no momento e, em seguida, a gente chamar. (E7)

As intercorrências na área da saúde, podemos chamar de “vazio das normas”, no sentido de serem normas insuficientes naquela situação. Assim, o profissional precisa reinventar-se para responder essa necessidade de trabalho. No período de observação, percebeu-se, em todas as áreas do pronto-socorro, que os enfermeiros não conseguem seguir uma rotina. Em cada dia observado, independente do enfermeiro que estava trabalhando, observou-se que não seguiam o mesmo fluxo.

Também, tem nosso mapa dos pacientes da unidade que a gente tem que organizar para dar sequência e passar o plantão para o próximo turno. Nesse meio tempo, várias coisas acontecem, nem sempre tu segue a rotina que tu planejou. As vezes, um paciente para [parada cardiorrespiratória], tem que transferir outro, ou tu recebe outro grave e a gente vai se organizando, planejando a rotina conforme as coisas vão acontecendo no decorrer do turno, nem sempre é exatamente como tu planejou. (E5)

A folha de passagem de plantão foi criada, pelos profissionais enfermeiros, mediante a necessidade da unidade, a fim de organizar, aperfeiçoar e otimizar o tempo, na passagem de plantão.

Bom, a gente já possui essa rotina, eu normalmente, eu tento visualizar [pensando], existe um formulário que a gente passa o plantão e que durante todo o horário de trabalho a gente registra intercorrências. Ele é um

formulário no Word, que fica em um computador somente aqui no nosso pronto-socorro. Toda a equipe registra intercorrências de todos os pacientes que estão dentro do pronto-socorro, então, a gente tem uma visão geral. (E4)

Quando a gente recebe o plantão, a gente recebe numa planilha que é uma ferramenta bem interessante, que a gente tem todos os pacientes, a principal patologia e os principais cuidados que ele tem, se ele tem curativo, se ele tem um acesso venoso que tem solução, se ele está com oxigênio, se está intubado. (E23)

As diretrizes para passagem de plantão foram definidas, em reunião do dia 19/11/2010, na qual ficou acordado que será passado o diagnóstico médico do paciente, a evolução de enfermagem e intercorrências. Entende-se que houve necessidade de ajustar as informações e padronizá-las. Atualmente, há um POP específico da enfermagem referente a como deve ser realizada a passagem de plantão, local para cada equipe receber o plantão, no qual consta que, na passagem de plantão, deve ser informado o estado geral (diagnóstico, exames e procedimentos) de cada paciente ao colega do próximo turno. Essas informações são passadas através de um formulário elaborado pelos profissionais, que a cada turno é atualizado e impresso para o próximo turno.

Alguns enfermeiros relatam o seu posicionamento frente à equipe multiprofissional, que, no decorrer das atividades, precisam tomar e estabelecer decisões junto a equipe, ou até mesmo em alguns casos agir sozinhos.

Se tem uma situação que tu não concorda com aquilo, te posicionar, saber porque tu está te posicionando, buscar embasamento científico para isso, com a tua experiência prática e saber ter um posicionamento frente aquilo e impedir certas coisas de acontecerem, seja relacionado com o paciente, seja com a equipe, impedir ou favorecer que determinada coisa aconteça. (E5)

Ter o conhecimento, porque tu sabe que a qualquer momento tu pode ter uma intercorrência que, talvez, numa outra unidade tu não vai ter. Então, de saber que tu vai ter que tomar algumas decisões que, talvez te possibilite ter maior liderança. (E15)

Então, tudo é coisa que tu vai observando, que tu vai vendo, varia de médico para médico, tu vai medindo tuas condutas de acordo com as pessoas que tu tem na mão ali. Então, tu vai tomando [...] tu vai dando limites para ti, de acordo com aquilo ali. Tem vezes que tu não tem que ter limite, tu tem que fazer tudo, tu tem que ir tomando conta de tudo e tem vezes, por exemplo, que são pessoas que tem experiência que tu já vai se remetendo mais a funções relativamente a tua competência ali, organizar o que cada um vai fazer, um fica na massagem, outro vai auxiliar num acesso venoso, o outro vai auxiliar na intubação. Então, a gente vai vendo, geralmente a gente vai fazendo assim, vai dividindo de acordo com o momento que está ali e de acordo com a intercorrência. (E6)

Eu acho que depois de tanto tempo, a gente sempre tem um plano “b” assim, se não der certo aqui [...]. Então, já não tenho muito mais surpresas ou posso até ter, mas eu tenho uma maneira de resolvê-las. (E8)

As dramáticas do *uso de si* também são vivenciadas no confronto entre o prescrito e o real, como uma decisão rápida de organizar a equipe no atendimento, em que cada caso será uma ação diferente, uma decisão ou conduta singular.

Assim, a organização de alguém que fica na medicação, alguém no AMBU [Reanimador Para Ventilação Artificial com Reservatório], a fila das massagens, quem vai ajudar nas massagens, um atendendo aos pedidos dos médicos, por ordem verbal [...] mas é uma coisa que eu adoro. (E10)

O enfermeiro ele organiza, tipo assim, o paciente chegou parado, eu disse: colega tu massageia, eu já peguei o acesso, disse para o outro chamar o médico de plantão, vai dando nome às pessoas, fulano massageia, ciclano já pega o AMBU para ventilar, eu já fui pegando o acesso, já peguei o acesso venoso para começar a medicação e para o outro já pedir para chamar o médico, chama o pessoal da clínica, isso é uma situação de urgência na sala de emergência. Eu acho que o enfermeiro é isso, ele é o que organiza, é o líder ali, o que cada um faz para começar. (E2)

Nas falas também se destacou o conhecimento técnico e científico dos profissionais que atuam na unidade de pronto-socorro, o qual influencia na tomada de decisão e na ação imediata em um atendimento de urgência e emergência.

Eu acho que o enfermeiro tem que ter autonomia para tomada de decisão. O paciente está ruim, por exemplo, crítico, tu avaliar o paciente e ter essa [...] eu vou instalar um oxigênio, já é uma decisão, eu vou puncionar, vou botar um sorinho [soro fisiológico] correr mais lentinho até o médico chegar, vamos avisar o médico que a saturação está caindo, que está taquipnéico. Acho que isso é uma autonomia do enfermeiro. (E10)

Atender, chamar o médico, tudo dependendo da situação, se está com falta de ar vai colocar oxigênio, oxímetro, se é uma parada vai iniciar uma massagem cardíaca, se está com dor revisa a pasta para ver se tem medicação para dor e, enquanto isso eu peço para o estagiário chamar o médico. (E11)

Então, muitas vezes, a gente tem que ter essa autonomia, porque a gente tem que tomar decisão rápida para agir rápido, não dá para ficar esperando sempre alguém vir ali e dizer: tu pode fazer, tu não pode fazer. A gente tem conhecimento e sabe também legalmente até que ponto eu posso agir ou não. Então, tem coisas que tem que tomar decisão e tomar atitude e ir em frente e fazer, desde que, claro, não prejudique o paciente, que tu não saia também do que tu pode legalmente fazer, mas tu tem que ter essa visão e iniciativa. (E14)

Na verdade, é você primeiro ter o conhecimento, porque, às vezes, você tem autonomia, mas autonomia também se você não tem conhecimento ela pode

ser usada ... Às vezes prejudicar alguém, você pode fazer, mas você não tem segurança ou você não tem conhecimento ou capacitação para aquilo. Então, eu acho que autonomia é você poder fazer aquilo que você sabe com responsabilidade e ter respaldo. (E21)

Vai depender onde tu está. Se eu estou na emergência e chegar um paciente parado, a gente procura [...] eu sei que tem que monitoriza primeiro porque [...] para ti ver a frequência, mas, às vezes, tu não vai conseguir pegar o monitor, melhor tu iniciar as manobras. Lá na emergência eu acho que teria que ter mais técnicos, porque só com duas pessoas, às vezes, está tranquilo, mas tem dias que não está e aí, eles saem para fazer alguma coisa e tu está sozinha ali dentro. (E15)

Na ergologia, as atividades laborais direcionam os profissionais às dramáticas do uso de si. Quando o enfermeiro recebe o paciente na sala de emergência, especialmente por não ter conhecimento prévio do seu quadro clínico e da gravidade da situação, verifica-se a ocorrência das dramáticas do uso de si, as escolhas e arbitragens para melhor assistir.

Eu acho que assim, a emergência mesmo tu vai saber o que fazer quando ela chegar. Acho que não tem um preparo muito antes, assim do que eu vou fazer, acho que acontece na hora assim. Por exemplo, quando estou no salão, tu consegue mais ou menos prevê o que mais ou menos vai acontecer, tu sabe quando um paciente está ruim, que ele pode evoluir mal, então já tentar fazer alguma coisa para evitar que ele fique mal, que chegue o momento da emergência, tentar manejar o máximo, fazer o manejo máximo que tu conseguir fazer antes, para não acontecer o pior. E, lá na emergência, eu não sei assim, vai chegar a emergência e eu vou saber o que fazer na hora, não me planejo muito bem o que eu vou fazer. (E15)

[...] depende do paciente que chega, paciente pode chegar grave lá na frente [sala de emergência], a gente vai tomar uma atitude, pode chegar em parada a gente toma outra, pode chegar convulsionando, aí toma outra atitude, depende do caso, mas sempre os primeiros atendimentos é nosso ali, a gente que começa a parada [reanimação cardíaca], inicia, já massageando, já puxa o carrinho, já pede para alguém ligar, mas a equipe é bem tranquila só dá um [...]. (E22)

Então, eu acho que a gente tem que ter agilidade, mas tem que ter calma de pensamento, tem que ter serenidade no pensamento, para não entrar naquela velocidade do atendimento na hora de tomar alguma decisão, porque isso pode implicar em problema futuro para o paciente e para o profissional. (E23)

Eu acho que tem muito a ver com tomada de decisão rápida, porque a gente tem, muitas vezes, que lidar com paciente que chega mal e a gente tem que, as vezes, sem um médico, a gente punciona uma veia, hidrata o paciente, mesmo que o médico não peça porque [...] não só isso várias outras situações que acontece, um paciente ele está vomitando, alguma coisa [...]. (E16)

Como visto, as dramáticas do uso de si são as ações e escolhas que os profissionais fazem para conduzir o seu trabalho, principalmente na urgência e emergência, sendo, esse, um trabalho dinâmico e intenso. Ainda, nas atividades de trabalho, há as renormatizações, um “debate de normas” dos profissionais que suprem o “vazio das normas”, a fim de dar seguimento ao trabalho.

Perante essas renormatizações, na unidade de pronto-socorro, os profissionais renormatizam, utilizando-se de autonomia e do potencial que o profissional enfermeiro tem perante suas atribuições.

Autonomia de saber estabelecer, avaliar tecnicamente prioridades, pacientes com maior gravidade, de prioridade, que estão no corredor para a gente direcionar para os leitos. Para determinados leitos, a gente posiciona pacientes mais críticos, como se diz: um semi-intensivo nosso! (E4)

Às vezes, as coisas são feitas diferentes, dependendo da situação. A gente acaba tendo que mudar, que alterar, mas nunca perde a essência, a gente nunca perde, dos procedimentos e tudo, das orientações, a gente não deixa de fazer, mas algumas adequações a gente faz sim, em determinadas situações. (E2)

Depende das situações, procurar fazer certinho, mas depende das situações. Nunca vai ser igual, depende de quem vai está contigo, se tu vai estar sozinha, por exemplo, tem que correr, chamar mais gente para ajudar, ver se tem pessoas que sabem. (E20)

As renormatizações estão presentes constantemente nas atividades e fica claro, nos depoimentos a seguir, que os protocolos precisam ser modificados devido a complexidade e rapidez que o trabalho de emergência exige.

Acho que a gente modifica muito os procedimentos no dia-a-dia, a gente acaba um pouco fazendo do nosso jeito, um pouco improvisando pela questão de fazer rápido e otimizar o uso do tempo. Então, a gente acaba fazendo, muitas vezes, diferente dos procedimentos descritos nos POPs. (E17)

Muitas vezes, tu consegue fazer, seguir direitinho os protocolos e tal. Agora, nem tudo é a realidade, eu estou falando a verdade, estou dizendo porque é para falar a verdade que acontece aqui, nem tudo tu consegue contextualizar com essa realidade que os POPs trazem. Embora eles são materiais que te cobram que tu faça assim, que é para uma segurança, mas daí tu pensa que, as vezes, chega um paciente assim, na eminência de perder a vida e tu tem que tomar uma atitude com urgência. Então, tem algumas coisas que tu tem que tentar improvisar na hora, para tentar tornar mais rápido o teu serviço. (E6)

Os enfermeiros, diante disso, sentem a necessidade de renormatizar o meio, renormatizar as normas, criando e recriando suas próprias normas, para preencher a lacuna existente entre o trabalho prescrito e a realidade vivenciada. Os depoimentos a seguir demonstram esse contexto.

Muito, muito [Renormatizar]! A gente trabalha com paciente no corredor, que se eu for movimentar todos os pacientes que precisar fazer determinados cuidados para poder seguir um POP, eu levar todos os materiais. Claro, a gente sempre tenta manter os princípios, que é o que eu até digo para os alunos, a gente aqui vai ter que adaptar muita coisa, mas a gente não pode perder alguns princípios, quais são esses princípios: assepsia tem que estar sempre correta, independente se eu estou no corredor, se eu estou na emergência, se eu estou na internação, preservar a privacidade do paciente. (E23)

A questão de adequar os protocolos também, acho que seria necessário em uma parte, porém a outra não, porque a gente vive uma adequação de coisas aqui no pronto-socorro e eu acho que primeiro a gente precisa tirar os pacientes da superlotação. A gente tem que resolver o problema aonde ele deve ser resolvido, não tentar adequar coisas, porque aí vai ser um erro em cima do erro. [...] Um exemplo que eu vejo é que há plaquinhas de prevenção de quedas nos corredores, mas o paciente não deveria estar no corredor, ele deveria estar em uma cama com grade, certinho, não tão longe do nível do chão. (E3)

Às vezes, eles [os protocolos] não são muito utilizados, pela demanda de serviços, não é que não são utilizados, às vezes, tu não consegue seguir bem o protocolo. Dependendo das condições de superlotação, de excesso de trabalho, sobrecarga, da falta das estruturas, pacientes em maca. Então, as vezes, não sai bem de acordo. Também, acho que a gente tem que estar sempre se atualizando e relendo, vendo o que a gente consegue fazer de melhor e sempre fazendo o nosso melhor. (E2)

Na ata da reunião do dia 21/05/2018, com a presença do chefe de setor de urgência e emergência, chefe da unidade de pronto-socorro e os enfermeiros do pronto-socorro foi discutido que quando ultrapassa o número de internações em 45 pacientes, faltam recursos, não há profissionais suficientes. Muitas vezes, não tem respiradores para atender a todos que precisam devido à superlotação, o que pode acarretar um risco para o paciente e para a equipe que está atuando.

A falta de estrutura física e a alta demanda de trabalho dificultam a prestação do atendimento. No entanto, os profissionais buscam a melhor maneira de atender os pacientes, o que está exemplificado a seguir.

Mas, a gente precisa, principalmente adaptar os POPs quando a gente não tem um ambiente adequado, no caso do corredor e alguns na emergência.

Então, por exemplo, tu estás em uma emergência e tu precisas fazer uma sondagem vesical, protocolo de trauma inclui sondagem vesical, só que eu tenho um paciente poli-traumatizado, paciente instável, então a gente sabe que algumas coisas não vão ser feitas ali na hora de tu passar uma sonda vesical por exemplo, mas aqueles princípios a gente sempre tenta seguir, princípio da assepsia, principalmente. (E23)

Olha, os protocolos não é que eles não estão dentro da realidade. Os protocolos atendem a regra que a gente tem que trabalhar, mas a condição de trabalho que, às vezes, não permite se trabalhar tudo. Vou dar um exemplo bem específico aqui: a gente dá um banho num paciente, a gente tem que fazer adequações, puxar um biombo, às vezes, no meio do corredor e um biombo para tentar dar um pouco de privacidade para o cliente e esse banho de leito é dado no meio do corredor, às vezes tem a área, mas às vezes a superlotação não permite... [ficou pensativa]. Existe adequações que a gente tem que fazer diante da condição. (E4)

Por exemplo, pacientes que, às vezes, estão em uma maca baixa, ele tem risco de queda. Então, ele está em uma maca baixa, às vezes, eu não consigo usar um POP da mesma maneira que um paciente que esteja em um leito onde a cama é elétrica. Então, eu tenho que me adequar a essa situação e, às vezes, os protocolos sim, ficam em segundo plano, porque naquele momento, me adequar, atender o paciente com as coisas que eu tenho no momento e as condições que eu tenho. (E8)

Eu acho que sim, sabe por quê? Porque a nossa qualidade aqui é bem diferente de uma unidade fechada, de uma unidade em si. Nós temos pacientes nos corredores, tu acha que vai fazer uma alternância de decúbito adequada em paciente em maca, paciente, que esses dias tinha, de cem quilos em uma maca. É inviável. As condições físicas, muitas vezes, não nos possibilitam dar uma melhor segurança para o paciente. Eu não crítico aquele técnico que não consegue, às vezes, a gente não consegue virar um paciente. Eu não crítico, porque a situação é complicada. (E10)

As falas a seguir mostram que o profissional precisa saber/conhecer sobre os cuidados que são prestados, para poder tomar decisões e assistir o paciente adequadamente. Renormatizar também é o conhecimento, a experiência aliada ao uso de si.

As readaptações são feitas na prática, por exemplo, o paciente queimado, um exemplo bem prático assim: às vezes, a equipe chega e não sabe quantos ml/hora de soro tem que colocar, o que vai fazer, calcular as áreas e, aí um diz ser tantos ml, um diz que não é, um que colocar fisiológico, o outro quer colocar RINGER. Então, existem protocolos mundiais para isso e as equipes ficam pensando, ficam as condutas de controvérsias, isso dificulta o trabalho. (E5)

Eu acho que tu tendo conhecimento, tu sabendo aquilo o que tu estás fazendo, eu acho que tu já tem uma autonomia. Tu dominar teu espaço, tu dominar o teu setor, tu dominar a técnica, eu acho que é isso. Eu acho que tu tendo conhecimento tu tem segurança, tu consegues fazer as coisas da melhor

maneira possível, sem deixar o nervosismo vir à tona e eu acho que é isso. (E12)

As urgências e emergências não seguem uma rotina, elas são singulares, então, em cada caso há uma avaliação e uma conduta a ser tomada, muitas vezes, diferente dos protocolos estabelecidos. Como descrito a seguir, os enfermeiros mencionam as emergências e intercorrências que precisam de tomada de decisão imediata e acabam seguindo condutas relacionadas à suas experiências.

Agora a gente toma decisão, talvez não seja a mais adequada, que nem essa moça que perdeu 4L de sangue e ela tinha um sangramento arterial [...]. Então, a gente tomou a decisão ali, que a gente poderia tomar, tanto a equipe de enfermagem como a equipe médica para o melhor para ela. (E13)

Porque se tu for ver, fazem as capacitações tudo, a gente vai, mas é difícil alguém que siga a risca o que está escrito no POP. Porque a gente já traz aquilo que é nossa bagagem, o que a gente aprendeu e por mais que tu diga: não, eu faço igual o POP, não faz, não adianta. (E12)

Algumas coisas a gente acaba fazendo como aprendeu na faculdade, como já vinha fazendo. Nem tudo, às vezes, você vai para o POP, tu já tem uma bagagem, tu já tem um conhecimento, a gente acaba indo para o POP quando realmente ..., as vezes não lembra mesmo do procedimento, faz muito tempo que fez. Então, eu, pelo menos, trabalho assim. (E14)

As renormatizações ocorrem não só na parte assistencial, mas também no gerenciamento do setor. O meio de trabalho necessita de mudanças e os profissionais buscam constantemente essas adequações para proporcionar qualidade de atendimento aos pacientes.

Aqui é um setor que é muito dinâmico, as coisas mudam muito rapidamente e é em tudo, até em coisa pequenas, administrativas quando tu vê [...] Então, às vezes, até por rotina de trabalho nosso, sempre a gente está em reunião reavaliando o que pode ser feito para melhorar. Por exemplo, a sala do banho, antes não era ali o local, era em outro, então, a gente sempre vai mudando assim, até as coisas que passam para nós sobre curativos. Então, a gente vai de acordo com o dinamismo do local assim, dependendo da necessidade a gente muda algumas coisas. Então, acho que não é uma coisa que fique engessada, que você precisa só fazer aquilo e aquilo e pronto. (E16)

Pode-se perceber que, no trabalho em unidade de pronto-socorro, os profissionais trabalham na linha de frente das urgências e emergências. Assim, as dramáticas do uso de si e as renormatizações estão presentes, rotineiramente, nas atividades assistenciais e gerenciais. Como descrito pelos gestores do pronto-socorro, na ata do dia 23/01/2017, há dificuldade de consolidar rotinas e ações seguras, inclusive para pacientes críticos, tendo em vista a

superlotação frequentemente acima do quantitativo definido de 23 leitos e 19 macas estabelecidos como capacidade razoável para redução de riscos.

A imprevisibilidade do trabalho em unidade de urgência e emergência parece ser um fator que contribui para que os enfermeiros vivenciem as dramáticas do uso de si. A singularidade de cada enfermeiro junto às normas existentes e as variabilidades das situações encontradas no trabalho faz com que ações e atitudes distintas sejam tomadas, a fim de proporcionar e conduzir o cuidado da melhor maneira.

4.5 AUTONOMIA DO ENFERMEIRO NO TRABALHO EM UM PRONTO-SOCORRO: AS FACILIDADES E AS DIFICULDADES

Nesta categoria serão apresentados aspectos relacionados à autonomia profissional do enfermeiro em seu trabalho, assim como, as facilidades e dificuldades relacionadas ao exercício da autonomia, nesse cenário.

Quando foi abordada a questão da autonomia profissional, alguns profissionais ficaram surpresos com a palavra autonomia e, alguns, precisaram refletir antes de responder o que seria a autonomia profissional em seu trabalho. Os depoimentos a seguir apontam o que seria, para os enfermeiros, a autonomia em sua profissão e no seu meio de trabalho.

Eu penso que a gente tem que ter muita autonomia e poder de decisão sempre.
(E1)

[ficou pensativo] *Eu vejo que a gente tem autonomia para gerenciar aqui o nosso setor desde [...] o que nós enfermeiros organizamos e gerenciamos é tudo. Quando o paciente entra lá na sala de emergência e o fluxo dele aqui dentro enquanto ele está precisando, daí ele interna, a gente que avalia, ele fica nas macas se ele não está tão grave, ou a gente que já remaneja, organiza ele aqui nos leitos do salão para ficar mais perto de nós, para ficar monitorado.* (E2)

Autonomia [ficou pensativo] é uma palavra bem forte [...] é uma forma de gerenciar, gerir num pensamento rápido no pronto-socorro, porque tudo tem que pensar rápido, tem que saber falar, tem que saber como a gente vai falar para as pessoas o que precisa ser feito, se tem alguma coisa que não está sendo feita certa. No pronto-socorro, é um pouco diferente porque tem que agir rápido e certo, da maneira mais correta possível. (E3)

Autonomia profissional é a gente ter capacidade de decisão, de ter autonomia [...] confiança na nossa coordenação. Autonomia também é você ter capacidade técnica de tomada de decisões específicas para cada caso, é ter conhecimento técnico, saber tomar as medidas e conseguir resolver

problemas que um serviço de demandas, problemas integralmente no contexto da área de saúde sem pedir autorização para outros. (E4)

Autonomia profissional é a capacidade de tomar decisões, ter assim, não controle, mas tu ter [...] é, podemos dizer assim, um controle do ambiente que tu está atuando, as coisas que tu pode modificar naquele ambiente e as coisas que tu pode reivindicar, ter essa capacidade de olhar e saber o que tu pode mudar, o que tu não pode mudar, entender o que é prioridade e, muitas vezes, se posicionar frente ao que está acontecendo. (E5)

Os depoimentos evidenciam que a autonomia está atrelada ao poder de decisão, ou seja, o quanto o enfermeiro pode tomar decisões no seu trabalho, para realizar as intervenções necessárias e garantir o atendimento imediato.

O enfermeiro presta assistência e realiza a gerência em seu local de trabalho, enfrentando desafios diários. No entanto, através de seu conhecimento, habilidades e experiências, seu trabalho torna-se visível e, assim, reconhecido. Segundo os participantes, é o enfermeiro que permanece integralmente com o paciente, construindo e reconstruindo saberes com os demais profissionais.

O enfermeiro na equipe multi, ele parece que ele é um centralizador de informações, então eu acho que a equipe vê o enfermeiro como aquela ligação entre elas. Então, eu acho que a autonomia do enfermeiro frente a equipe multi é mais isso, é o enfermeiro que recebe todas as informações dele e geralmente como ele tem todas essas informações ele acaba ditando algumas coisas, tirando a equipe médica que tem essas relações de poder que é mais complicado. Frente aos outros profissionais, assistente social, nutrição, fisioterapia a gente não tem muita dificuldade de trabalhar, eles respeitam muito a gente como líder. (E23)

Autonomia, eu acho que é poder tomar uma decisão individual ou em conjunto [...] Acho que também é independência de tu também não ser apenas, seguir comandos de outras equipes. Eu acho que é tu poder saber que certas decisões competem sim a tu como enfermeiro e tu poder tomá-las com tranquilidade, sabendo que é a tua responsabilidade, que tu precisa assumir responsabilidades e que tu não depende de outras equipes pra tomar essa decisão. Acho que isso é autonomia. Ou tu não depende da tua chefia para tomar uma decisão, isso compete a ti e também tem a ver com responsabilidade acredito eu. (E17)

No período de observação, essa relação do enfermeiro com a equipe multiprofissional, em especial com a equipe médica, apresenta-se, para a maioria dos enfermeiros, como uma relação mais autônoma. Enfermeiros fazem uso de si por si para discutir situações, buscar resolver o cuidado integral e desenvolver rapidamente seu trabalho.

A tomada de decisão que os profissionais mencionam vai ao encontro da autonomia que cada um tem no âmbito do seu trabalho, garantindo que o atendimento seja rápido e ágil, o que é imprescindível para garantir a prestação do cuidado.

Eu acho que está muito relacionado em a gente poder [...] tomada de decisões. Você ter o poder de decidir alguma coisa em benefício, claro, no caso aqui é dos pacientes e dos profissionais. (E16)

Quando tu tomar uma decisão o outro não tirar aquela tua decisão. É uma tomada de decisão que foi tua, eu acho que ela pode ser discutida se ela estava correta ou não no momento, mas não desautorizar a pessoa. (E13)

Então, o enfermeiro na emergência ele tem que ter muito essa postura, dele saber, dele ter conhecimento do que ele está vendo para saber priorizar o que tem que ser feito primeiro ou não. Então, acaba que geralmente, quando eu estou na emergência, eu que digo o que vai ser primeiro o que não vai ser, independente, às vezes, até com a equipe médica eu tenho essa liberdade de dizer: não, vamos esperar um pouquinho, primeiro vamos fazer isso depois a gente faz o que tu quer. Existe muito conflito de equipes, por exemplo, equipe da traumato, às vezes a gente está atendendo uma emergência, a traumato quer que vão lá atender emergência, não, só um pouquinho, a emergência traumatológica ela não é um risco de vida imediato, esse paciente é, então primeiro esse e depois a gente vai lá te atender ou então se dá para deslocar alguém da equipe para ir lá atender a gente desloca, geralmente o enfermeiro que faz isso. (E23)

Cada profissional procura gerir seu trabalho de maneira a facilitar a assistência aos pacientes, visando renormalizar ou tomar alguma atitude frente às alterações. Nesse sentido, percebe-se que a autonomia se faz presente, quando o enfermeiro faz uso de si por si.

Porque a tua autonomia, a tua identidade, a tua tomada de decisões, a forma que tu for organizar o teu trabalho tu vai ter, independente da quantidade de pacientes, vai ter que dar um jeito. (E6)

É tu poder optar junto com a equipe, com o médico, com o fisioterapeuta, com uma farmacêutica, o que seria o melhor tratamento para o paciente, atuar junto, por exemplo, às vezes, um médico prescreveu um cuidado que tu não concorda [...]. (E15)

Autonomia é a gente poder vir aqui e fazer o nosso trabalho, gerenciar da melhor maneira para a unidade, para o paciente. Não é tu fazer o que tu quer, mas tu fazer tudo que está de acordo e da melhor maneira possível. Tu poder organizar a tua unidade conforme a necessidade dos pacientes. (E2)

Ter autonomia é tomar decisões e ter responsabilidade sobre eles, não responsabilizar o outro. Então, eu acho que o enfermeiro ele tem conhecimento para tomar certas decisões e aqui no pronto-socorro mais ainda, porque o enfermeiro é o que tem a visão do todo, de todos os pacientes, equipe da clínica conhece meia dúzia de pacientes, equipe da cirurgia

conhece meia dúzia, da traumato conhece outra meia dúzia e só tu conhece as três meias dúzia. (E23)

Nesse contexto da dimensão do trabalho real, da complexidade de uma unidade de pronto-socorro, o profissional faz uso da sua autonomia para alterar o meio.

É muita segurança..é muito jogo de cintura para poder resolver questões que, as vezes, estão fora da tua competência, fora da tua capacidade de resolução. Autonomia é tu poder dizer [...] eu posso falar e eu vou ser ouvida. Acho que autonomia é isso... É eu opinar e a minha opinião ter fundamento para tentar resolver uma situação. (E8)

Em caso de parada [parada cardiorrespiratória] a gente já inicia o procedimento, o protocolo de parada e alguém vai [...] sempre tem alguém da enfermagem que vai comunicar o médico, que vai chamar o médico e até que ele venha e gente já vai dando atendimento. Então, depende muito da emergência, se é caso de parada, se é caso de paciente que extubou e, às vezes, é só uma desestabilidade que você vai atender. Mas geralmente assim, faz o primeiro atendimento e sempre chamar o médico para vim avaliar o paciente, porque tem o suporte da clínica e da cirurgia para dar uma avaliada e depois segue a conduta. (E21)

Nesse sentido, também foi observado, constantemente, esse trabalho do enfermeiro, em avaliar os pacientes e, posteriormente, solicitar avaliação médica. Presenciou-se, também, algumas dificuldades em relação a agilidade ou rapidez para o médico avaliar situações de maior gravidade, sendo que o enfermeiro necessita solicitar várias vezes pela avaliação médica.

Frente à gravidade dos casos atendidos, o enfermeiro assume uma responsabilidade diante do trabalho, faz uso de si para desenvolver o trabalho real. No entanto, ele precisa de confiança e autonomia.

A gente tem que ter muita postura, porque, por exemplo, hoje eu recebi um paciente com bloqueio átrio ventricular total, o paciente estava com 29 de frequência, um paciente instável e ele precisava de um eletrocardiograma, só que a menina do setor queria fazer o eletrocardiograma antes de eu ver o paciente. Eu tinha que ver sinais vitais, eu tinha que conversar com o paciente. Não! Eu sei que o teu eletrocardiograma é importante, mas primeiro eu preciso ver a pressão arterial dele, eu preciso checar o pulso para ver se é isso mesmo, preciso saber se ele está saturando bem, se eu não preciso chamar a equipe médica logo, para ver ele antes do teu eletrocardiograma. Ela não gostou. Mas eu tive que dizer não, primeiro tu vai esperar três minutinhos que eu vou checar os sinais vitais e conversar com ele, porque se ele estiver muito instável vou ter que chamar a equipe médica antes do teu eletrocardiograma para a gente intubar, para a gente fazer o que tiver que fazer. Então, o enfermeiro, na emergência, ele tem que ter muito essa postura, dele saber, dele ter conhecimento do que ele está vendo, para saber priorizar o que tem que ser feito primeiro ou não. (E23)

É tu poder ter essas atitudes e saber que tu está com respaldo. Tu saber que as pessoas confiam em ti e que a atitude que tu vai tomar é certa na hora que precisa tem que ser feito, eu creio que seja mais isso. Mas, assim, o gerenciamento em si, eu creio que seja mais nesse ponto. Para mim é isso: eu poder tomar as minhas atitudes, conforme eu acho que está mais certo. (E22)

Você, independente do local que você estiver, você não vai ter cem por cento de autonomia, porque sempre vai ter alguém acima de você. Mas, dentro das nossas, da nossa perspectiva aqui tu tem, tipo se você achar necessário um exemplo, tirar essa cama aqui e colocar duas aqui, eu tenho autonomia. Se eu precisar movimentar um paciente que eu acho que ela está menos grave e colocar um grave eu posso, tanto que é feito mais na parte do dia isso, tu recebe mais pacientes. Tu está fazendo acompanhamento de curativo, mas acho que se eu usar isso daqui parece mais benéfico, então eu posso usar aquilo ali, converso com o pessoal do GELP [Grupo de Estudos de Lesões de Pele], proponho de repente uma mudança alguma coisa assim. Então, tem liberdade para [...] tem autonomia para tomar as decisões sim. (E18)

Para os enfermeiros que estão diretamente na assistência, foram mencionados alguns aspectos que facilitam o exercício da autonomia no seu trabalho. Dentre esses aspectos, foi mencionada a comunicação e a relação com a equipe, sendo que pode haver debates de normas, uso de si por si e uso de si pelos outros.

Primeiro a comunicação entre os enfermeiros. (E4)

[...] a partir do momento que tu está fazendo uma comunicação de forma otimizada, bacana, que as pessoas estão te aceitando como tu é, da forma que tu trabalha, eu acho que tu ganha uma identidade profissional dentro do trabalho que tu está inserido, assim como os outros colegas também. (E6)

Acho que são as atribuições mesmo do enfermeiro, porque tem POPs com atribuições. As relações com os médicos, técnicos, com fisioterapeutas, acho que as relações ajudam bastante também. (E10)

Acho que com os médicos também, é tranquilo, é a parte que a gente se envolve mais diretamente e se a gente discorda eles aceitam muito bem, isso é uma coisa boa daqui: Oh, doutor, não é assim que funciona, não é assim que funciona, tudo bem! Os preceptores mesmo, já falam com os resistentes, com os doutorandos: não é assim que funciona, é de tal forma. Isso é muito tranquilo aqui. (E7)

O bom relacionamento, com certeza o bom relacionamento com a equipe, o bom relacionamento com o colega. (E8)

Como foi possível observar, o enfermeiro é reconhecido pela maioria dos demais profissionais da equipe, como o responsável pela unidade. Assim, os demais profissionais buscam, nos enfermeiros, informações sobre rotinas da unidade e sobre os pacientes. No

entanto, há alguns profissionais que trabalham individualmente, sem comunicar-se ou relacionar-se com outros membros da equipe.

Outro aspecto destacado tem relação com o conhecimento do profissional sobre suas competências e assistência, as quais garantem o exercício do seu trabalho e sua autonomia, proporcionando mais segurança no cuidado ao paciente. Nos depoimentos, ficou evidente o uso de si em suas ações, pois cada profissional concede o melhor de si, o que se configura como aspecto favorável ao exercício da autonomia.

Ter o conhecimento, porque, tu sabe que a qualquer momento tu pode ter uma intercorrência, que, talvez, em uma outra unidade tu não vai ter. Então, de saber que tu vai ter que tomar algumas decisões, que, talvez, te possibilite ter maior liderança. (E15)

Acho que é conhecimento, acho que tem que ter conhecimento para ter autonomia, para tomar decisões corretas, porque, senão, tu vai ficar inseguro para tomar decisões. Eu acho que tu tem que ter confiança na equipe que tu tem junto, tu tem que também ter confiança da tua chefia para saber que tu está tomando uma decisão e da tua competência, responsabilidade e eu acho que tem vários fatores desde logísticos que te ajudam a tomar uma decisão, te promove autonomia, de relacionamento com outras equipes também. Nunca parei pra pensar sobre isso, mas acho que é mais ou menos isso. (E17)

Tu tendo conhecimento facilita bastante, é o que eu mais vejo assim. Eu noto que eu estou precisando me atualizar bastante, estou procurando, mas, às vezes, a vivência dentro de um hospital [...] a falta de vivência digamos assim, te limita um pouco. (E18)

Ai que difícil [risos]. Conhecimento, principalmente, senão não tem como ser independente. Acho que é isso, e respeito também. Tem que ter uma comunicação também, outra principal, uma boa comunicação com os colegas. (E11)

O nosso conhecimento, a nossa formação. Quando a gente tem a formação, tem o conhecimento, a gente tem autonomia e consegue tomar as condutas com mais certeza. E a experiência também. Experiência de trabalho, de conhecer o setor, de quanto tem a gente já trabalha aqui, talvez interfira também. (E2)

Nas atividades desenvolvidas, verificou-se que os enfermeiros apresentam conhecimento e habilidades para trabalhar em unidade de urgência e emergência. A experiência também foi outro aspecto que ficou claramente presente nos depoimentos, destacando que os profissionais valorizam muito a relação da autonomia com suas experiências e conhecimento:

Eu acho que é o conhecimento, o tempo de trabalho que a gente já tem, alguma coisa que a gente já vivenciou. Então, isso vai facilitando a tomar decisões, a fazer algumas coisas. Eu acho que é essa bagagem que vai te

moldando e fazendo você criar isso, ter isso com você de tomar as decisões. Acho que é o conhecimento ao longo do tempo. Então, você sabe se você dá um passo para frente, se você recuar, isso com o tempo vai te moldando. Eu penso que é isso que deixa o enfermeiro com mais autonomia ou não com responsabilidade. (E21)

O que me facilita, aqui, no pronto-socorro, acho que no hospital todo, a gente tem certa liberdade para exercer a autonomia. Eu acho que talvez o meu conhecimento, tanto tempo assim, mas também não quer dizer que agora quem entrou agora não vai ter conhecimento. Mas, assim, o conhecimento, a gente já tem bastante tempo, às vezes, até faz as coisas meio que sozinho já, assim as coisas acontecem, é eu creio que sim, que seja a experiência da gente na área. (E22)

Ainda, nos depoimentos, evidenciou-se que a relação com a chefia direta de enfermagem é um agente propulsor de autonomia para o enfermeiro. Um dos depoimentos destaca esse trabalho desenvolvido com o técnico de enfermagem:

O próprio trabalho [ficou pensativo]. Eu percebo que a chefia ela dá autonomia para aquelas pessoas que se permitem, que nem eu te falei, porque tu tem que chegar e conversar e discutir os casos, mas tu tem que ter clareza naquilo que tu está falando. Então, eu percebo isso. (E13)

Uma das coisas eu acho que é a chefia, a parte de coordenação de enfermagem nos permitir ter essa autonomia dentro da empresa, dentro da equipe, a própria posição que a gente fica aqui dentro como coordenador da nossa equipe de trabalho. (E14)

Então, eu acho que uma coisa que facilita muito aqui é a equipe técnica ter um grande conhecimento, e eles, ao mesmo tempo em que eles têm conhecimento eles vêem o enfermeiro aqui como líder, tanto que a gente sabe que tem uns que: ah, hoje está corrido, mas está bom, porque a gente está com fulano. Então, a gente vê que eles reconhecem a liderança do enfermeiro, conhecem essa autonomia, então eles vêm te perguntar, eles não vão tomar uma decisão sozinho de fazer ou não fazer uma insulina, por exemplo, ele vem te perguntar. (E23)

No período de coleta de dados, evidenciou-se que as chefias, seguidamente circulam pela unidade, conversando, orientando a equipe, organizando partes do setor, ou seja, disponibiliza-se para a sua equipe. Na ata da reunião dos enfermeiros da Unidade de Pronto-socorro do dia 19/01/2017, ficou acordado que o enfermeiro tem autonomia para fazer alterações no seu trabalho quando achar necessário, desde que visem a necessidade do serviço e não necessidades individuais.

A autonomia, como se observa, é uma questão ampla e singular no trabalho de cada profissional dentro de suas competências. Além dos aspectos que facilitam o exercício da

autonomia do enfermeiro em unidade de pronto-socorro, também foram citados muitos aspectos que dificultam o seu exercício dentro desse cenário:

Não participar de certas decisões, eu acho que quando se vai mexer na estrutura física, ou mesmo nas rotinas, eu acho que teria que reunir a equipe e dar mais autonomia para equipe de poder opinar, de poder falar e que essas opiniões sejam válidas. Às vezes, a gente vai a reuniões, fala, da opinião, fala, mas tu vê que o negócio não sai dali. Então, é nesse sentido, que a gente pudesse ser mais participativo nas decisões tomadas. (E14)

Burocracia bastante, muita burocracia, às vezes, tu poderia estar dando um pouquinho mais de atenção para os paciente mas, não, tu tem que fazer a parte que, infelizmente, é o que nos respalda, que é o escrever. (E22)

Tem as dificuldades de material, tem a dificuldade de ver paciente internado em maca, dificuldade, às vezes, de recursos humanos, que, às vezes, eu teria que fazer alguma coisa que é da minha competência e eu acabo fazendo além, porque como eu vou deixar minha equipe sozinha, enfim Acho que são coisas administrativas, eu diria que são problemas administrativos, que, talvez, me dificultem, mas fora isso [...]. (E8)

Na ata da reunião do dia 21/05/2018 com chefias, os enfermeiros do pronto-socorro discutiram sobre a superlotação, definindo que, quando houver mais do que 45 pacientes internados, deverá se ventilar a possibilidade de fechamento do pronto-socorro.

Em relação à superlotação da unidade, manifestou-se como uma dificuldade do profissional fazer uso de si e atuar com autonomia. A superlotação prejudica a prestação de cuidados adequados ao paciente, causando sentimentos de impotência e insatisfação, por parte dos enfermeiros, como descrito a seguir:

A emergência está sendo bem complicado também. Ontem eu estava lá na emergência, eu peguei ela com doze [pacientes], teve outra atividade entreguei com nove [pacientes]. Então, querendo ou não, te cansa bastante. Isso com certeza te prejudica até na tua autonomia, porque tu não tem ... excesso de trabalho te prejudica, te tranca e tu não pode, tipo assim, eu quero dar uma melhor assistência para o paciente, isso não tem como, não tinha nem maca, tinha só cadeira. Então, essas coisas da autonomia eu te digo que foge ao teu [...] tua vontade. (E18)

[ficou pensativo] O excesso de serviço, às vezes, tu sabe o que tem que fazer, mas tu não consegue fazer. Apesar, de saber que tem que ser feito em algum momento aquilo dali, mas nem sempre é na hora que tu precisa realmente resolver que tu consegue resolver. (E9)

No pronto-socorro, a gente é um pouco limitado, nas unidades eu vejo que os colegas têm uma autonomia maior. Aqui, assim, a gente sabe que está superlotado, que não tem capacidade humana para atender os pacientes, nem estrutural nem de pessoal para ti atender os pacientes e tu não tem como fazer

alguma coisa para ti ajudar a tua equipe ou barrar ou a gente até faz documentos, assina para dar uma segurada nos pacientes que chegam. (E19)

Eu acho que a superlotação, ela tira um pouco a minha autonomia, por que eu não consigo gerenciar todos os pacientes, todos os cuidados, então, eu acabo delegando algumas coisas que são minha de enfermeiro, mas eu acabo delegando algumas outras atividades que eu gostaria de fazer, por exemplo. (E3)

Acho que está relacionado a superlotação, porque [...] sobrecarga de trabalho, não tem como tu tomar algumas decisões porque você não consegue mudar aquilo. Então, às vezes, é a questão administrativa, de gestão, porque não depende só da gente, depende do conjunto, que não está relacionado a nosso conhecimento, a gente não tem como definir isso. (E21)

Eu acho que ela dificulta [estrutura física e superlotação], porque tu não consegue olhar todos os pacientes e aí, tu acaba perdendo um pouco da tua autonomia. Quando é muito paciente, tu não consegue dar um olhar para eles de uma forma adequada e como tu deveria dar. Tu vai olhar os mais graves, às vezes, nem os mais graves tu consegue. (E13)

Tu não consegue prestar um atendimento de qualidade para um paciente, por exemplo assim, com o corredor com cinquenta macas, impossível que tu faça um curativo ligeirão, aquela coisa corrida porque tu sabe a qualquer momento pode dar uma intercorrência, a qualquer momento alguém pode parar [sofrer parada cardiorrespiratória] no pronto-socorro, a qualquer momento alguém pode rebaixar o sensório, tu vai ter que fazer o remanejamento lá dentro, tirar uma cama, botar ele, enfim ... dificulta bastante. (E10)

Conforme o material disponibilizado pelo setor de estatística do HUSM, o pronto-socorro, nesse período de coleta de dados, vem mantendo uma média de 43 leitos ocupados diariamente. A norma geral do funcionamento da unidade de pronto-socorro (versão 1, abril de 2017), descreve que não são permitidas internações de pacientes em macas baixas e devem ser evitadas internações nos corredores da unidade, sempre que possível. Na observação, percebe-se que esse não é o cenário não corresponde com a atualidade do pronto-socorro, uma vez que pacientes são atendidos e acomodados em macas, cadeiras, em qualquer lugar que possam ter o mínimo de conforto.

Outro ponto presente em relação a dificuldades vem ao encontro do conhecimento técnico científico do profissional, que anteriormente foi abordado como um ponto positivo para a autonomia. Nesse contexto, a ausência de conhecimento e de comunicação entre equipes aparecem como pontos negativos:

Essa comunicação ruim que a gente tem, por exemplo, eu estou de plantão hoje com um enfermeiro e com o médico ali da regulação que ele tem o poder decisão e não dialoga contigo. Ele gosta de tomar decisão sozinho porque ele é pouco imaturo na profissão, de repente, ele é um pouco sei lá ... não é

imaturado.. inseguro, ele gosta de resolver. Isso dificulta um pouco a tua atuação como enfermeira reguladora. (E10)

Quando tu não sabe te relacionar com as pessoas, quando tu não sabe sobre o assunto, vamos supor uma parada, não sabe como iniciar ..., atuar numa emergência, tu não vai ser autônomo. (E11)

Eu acho que dificulta, a gente tem problema aqui de comunicação, isso é uma coisa que atrapalha sim, eu vejo não só da medicina e enfermagem, mas de outras equipes. É uma dificuldade a comunicação para a autonomia, para a gente ter conhecimento de tudo que envolve digamos uma situação de um paciente, de decisões, outras decisões que são tomadas e não chegam até a gentes. Então, acho que nesse quesito a comunicação atrapalha a autonomia. (E17)

Falta de conhecimento, esse para mim é mais importante. (E18)

Tu pode discutir com o médico alguma conduta. Claro, para ti discutir com alguém, qualquer coisa, tu precisa ter um conhecimento. Então, talvez, me falte um pouco de ir atrás de conhecimento, ler sobre alguma coisa, me atualizar, porque a gente fica acomodado depois que tu já está no mercado de trabalho, tu fica acomodado, tu vai usando como teu conhecimento a tua experiência, só que só isso não basta. Então, eu precisaria me adaptar, me adaptar, preciso fazer capacitação, preciso buscar isso para melhorar a minha autonomia. (E15)

Alguns enfermeiros relatam a dificuldade de acesso à parte administrativa ou a chefia da unidade de pronto-socorro. Mas, essa questão diverge muito entre os profissionais. Esse fato pode influenciar no uso de si por si e no uso de si pelos outros, não dando espaço para tomar decisões conjuntas ou até mesmo para opinar em algumas situações adversas que possam vir ocorrer durante o trabalho. Os depoimentos a seguir são exemplares disso:

A gente sabe, hierarquia essas coisas que tu tem que passar por mais pessoas para serem resolvidas, acho que dificulta. Muitas coisas poderiam ser melhoradas e não são devido a isso. (E12)

Tem e não tem autonomia, não sei. É uma situação complicada, sempre achei que o enfermeiro dependendo do médico acho que não, acho que cada um tem seu trabalho. Médico não sabe fazer nada sem a enfermagem e a enfermagem também não sabe fazer nada sem o médico, acho que estão interligados. Mas, autonomia para conversar com o médico tem, tem autonomia para conversar com os técnicos tem, autonomia para conversar com o chefe acho que não tem mais, é bem limitado. (E11)

A chefia, que, as vezes, tu quer tomar alguma conduta ... porque assim, combinei com os técnico colocar alguns pacientes nas camas, antes tu vai fazer algumas coisas, vem a tua chefia e diz que é para tu colocar os pacientes naquele momento, só que tu está fazendo as tuas coisas e ela quer que tu coloque naquela hora e já começa a trocar os pacientes. [...] a gente não vai ajudar a passar o acesso central porque eles têm alunos para isso, vai o

residente com os alunos e eles vão auxiliar, e tu te negar a ficar ali do lado, deixar de fazer uma coisa que é da enfermagem que tem alguma coisa para fazer, sendo que ele tem um monte de aluno para ficar olhando e a tua chefia dizer que tu tem que ajudar, ir lá te pegar pela mão e dizer: ajuda ali, vai abrir os acesso, abre as coisinhas, segura a mão do paciente, acho que isso que tira um pouco da nossa autonomia, da nossa liderança é as vezes quando a chefia superior se mete nas coisas, que talvez não seria ... (E15)

A gente tem uma chefia imediata toda hora que a gente precisa, a nossa chefe está ali. Eu acredito que eu não posso tomar nenhuma decisão gerencial sem passar por ela, uma decisão gerencial sem passar por ela, mas algumas decisões assistenciais eu tenho sim, autonomia dentro do pronto-socorro. (E3)

Acho que dentro do setor da enfermagem, só se a gente tiver uma opinião que diverge com a da chefia, que daí se ela vai determinar se, por exemplo, um paciente tem que ir no bloco fazer um procedimento e a principio ele faz e volta para o pronto-socorro, se eu acho que ele não deve voltar mas a minha chefe determina que ele deve voltar, a gente tem que acatar que ele volte. (E2)

Os enfermeiros relatam aspectos negativos para o exercício da sua autonomia no que tange às relações e condutas com os médicos/residentes/preceptores, com os próprios colegas enfermeiros e com a chefia direta de enfermagem.

Acesso a equipe médica, isso é uma coisa que facilitaria o nosso serviço e disponibilidade de retorno dessa equipe [...] Recurso de material para trabalhar, seria importante também, [...] Espaço físico eu argumentei aqui desde o início. (E4)

A gente tem a liberdade de ter um contato maior com os médicos, mas ao mesmo tempo nem todos os médicos, ainda bem que é uma minoria, nem todos eles abrem esse espaço. Então, algumas coisas acabam sendo atravancadas por arrogância de uns, ou falta de conhecimento das limitações da sua profissão. (E9)

As relações de poder que existem. Eu acho que isso em qualquer cenário, não só na emergência. A gente precisa impor nosso conhecimento, muitas vezes, principalmente, com a equipe médica, pela relação de poder, é então, de determinado médico achar que ele pode mandar tu fazer determinadas coisas, que, na verdade, estão passando do que é dele e vindo para o que é meu. (E23)

Às vezes, são os próprios colegas de trabalho, que você está em determinado local como eu te falei, e tu está responsável por aquele local, mas, tem colegas seus que não entendem ou que ultrapassam de outro local e vão fazer alguma coisa no seu local e, as vezes, tem esse ruído de comunicação. Mas, isso é um fator que eu acho que contribui para dificultar a nossa autonomia, porque se você conversar, se comunicar, tu resolve as coisas, mas se tu é individualista e você resolve vários lugares, aí tu acaba gerando esse, vamos dizer um problema para equipe. (E16)

Principalmente, assim, como a gente trabalha diretamente com os médicos aqui, a imposição deles, eu acho sobre a gente. O querer se impor sobre a enfermagem, acho que isso a gente tem mais dificuldade, acho que isso que deixa a gente com mais Por exemplo, esse cargo aqui, para mim é como se fosse uma secretária do médico. Porque não depende da gente, infelizmente a gente não pode aceitar ou não o paciente, a gente tem que passar para o médico, por mais que a gente acha que não tem necessidade, a gente tem, eu passar e ele que vai dizer se aceita ou não e aí tu te sente ... Secretária, porque a gente não resolve nada aqui. (E7)

Acho que algumas atitudes de outros colegas enfermeiros dificulta a autonomia da gente, porque eles não compreendem aqui o nosso serviço de regulação, até hoje, nós somos oito eu acho enfermeiros que fazem regulação e no início foi muito difícil, muito difícil. (E13)

Em reunião (ata do dia 27/03/2018), enfermeiros citam algumas dificuldades encontradas em relação aos médicos, como, a dificuldade de fazer contato com o preceptor/médico quando da ocorrência de problemas detectados pela enfermagem. Nesse contexto, nessa reunião foram discutidas algumas diretrizes de conduta, para os enfermeiros seguirem nesses casos.

A autonomia profissional do enfermeiro tem forte envolvimento com a equipe médica. Alguns enfermeiros conseguem debater normas, prescrições e as ações tomadas frente a assistência, contudo alguns enfermeiros apresentam limitações nessa abordagem:

Alguns colegas falam que a gente não tem autonomia, porque se eu tomar uma decisão eu não vou ter respaldo, só que o grande problema da tomada de decisão é que a tomada de decisão ela requer responsabilização. Então, eu tenho que ter em mente que qualquer decisão que eu tomar a responsabilidade é minha, mas a equipe de enfermagem ela é muito submissa a classe médica, ou seja, o médico que tem que tomar a decisão que se alguma coisa acontecer a responsabilidade é dele. Então, acaba que é muito cômodo para alguns colegas, não eu não vou tomar essa decisão, vou tirar o paciente do leito, eu não vou tirar o paciente ali do Box. (E23)

Na regulação eu registro os casos e passo para os médicos, discuto os casos com os médicos e dependendo do caso, da gravidade, tem que ver se temos aporte físico para receber o paciente. Se nós temos macas para os pacientes, se nós temos aonde alojar este paciente dentro dos Box e se tem monitor. Tem que cuidar, além de tratar o caso diretamente com o médico do HUSM para aceitar o paciente para vir ser atendido, eu tenho que trabalhar esse lado do componente físico do hospital, ver se nós temos condições de recebê-lo. (E1)

Então, eu acho que a tua autonomia vem a partir do momento que tu consegue ter esses objetivos bem definidos e bem delineados, ou seja, a tua forma de trabalhar, de tu organizar o teu serviço de um jeito, a forma do colega é de outro jeito. Então, cada um tem o seu perfil e todos se respeitam e se ajudam a partir do momento que é necessário, cada um se solidariza pelos seus colegas. Então, eu acho que essa identidade é bacana, assim como essa

aproximação com a equipe médica. Como eu falei, aqui a equipe médica trabalha muito com a enfermagem, muito não, mas mais próxima, bem mais próxima do que outros lugares, isso é muito importante também para que tu tenha mais autonomia e identidade na tua profissão. (E6)

Apesar de ter muitos médicos, muitos residentes, às vezes, a gente até consegue ter uma autonomia boa aqui no pronto-socorro, por causa que eles nos veem como aliados no cuidado, muito, por que eles precisam da gente para fazer medicação, para atuar numa urgência e emergência que, muitas vezes, eles não sabem, ou, não é que não saibam, eles não tem a prática que nós temos, a prática, a técnica que nós temos. Então, eles acabam nos respeitando muito. Então, esse respeito nos gera autonomia. (E3)

Por exemplo, se tu acha que alguma conduta de algum médico, por exemplo, que ele está te passando está errada, tu te negar a fazer, tu discutir com ele algumas condutas também, com os outros profissionais, condutas que tu acha que não estão adequadas para aquele paciente. Aqui também, a gente tem até pela função de ser concursado, a gente tem um pouquinho mais, acho que até coragem de falar ou se impor de alguma forma diante das coisas que a gente acha que não estão como deveriam estar. (E19)

Outras questões são evidenciadas em relação à autonomia dos enfermeiros, como a postura e o relacionamento do enfermeiro frente ao médico. Em todos os momentos da observação, notou-se que há respeito entre eles. O enfermeiro, por ser o profissional presente diariamente, tem responsabilidades de coordenação e organização do ambiente e nas salas de procedimentos. Assim como, o enfermeiro sente-se responsável e seguro em conferir e relatar ao profissional médico as inconsistências encontradas na prescrição médica.

Foram descritos diversos aspectos que facilitam e/ou dificultam a autonomia do enfermeiro no seu trabalho no setor de urgência e emergência, assim, cabe ao enfermeiro trabalhar diariamente para sanar os obstáculos.

As dramáticas do uso de si estão relacionadas com a autonomia dos enfermeiros. As falas a seguir mostram que as dramáticas do uso de si relacionam-se ao momento em que o enfermeiro precisa ter atitude, tomar decisões e intervir nas situações que o meio exige. Como foi observado, as dramáticas do uso de si então interligadas com a autonomia que o profissional exerce sobre suas atividades:

Eu penso que a gente tem que ter muita autonomia e poder de decisão sempre. (E1)

A gente poder tomar algumas condutas, que, talvez, tu não possa tomar em outro local de trabalho e de tu ter que ter o conhecimento porque tu sabe que a qualquer momento tu pode ter uma intercorrência. Então, de saber que tu vai ter que tomar algumas decisões que talvez te possibilite ter maior liderança. (E15)

É que dependendo da urgência, eu vejo assim, dependendo do que é a urgência. Se foi um paciente que começou a ficar hipotenso, o que eu posso fazer [...] Essas coisas de decisão a gente toma sozinho, eu como enfermeira. (E2)

Então, tu está ali, tu vai organizar tuas atividades, tu não sabe, muitas vezes, o que tu vai pegar, mas tu sabe que tu vai ter que tomar uma decisão, tu tem que ter uma iniciativa para conseguir resolver o problema daquele paciente. (E6)

Percebeu-se, ao observar a prática diária do trabalho dos enfermeiros, que eles exercem autonomia durante a assistência do paciente. No momento que o paciente desestabiliza, o enfermeiro age, atende e avalia, para posteriormente, chamar a equipe médica. Essa observação está presente em todas as áreas do pronto-socorro, com exceção da regulação, que é um trabalho mais gerencial, mas que não deixa de atender situações que necessitam de reflexão e tomada de decisões rápidas.

O conhecimento aliado à autonomia, o debate de normas, as ações desenvolvidas nas atividades, demonstram que o enfermeiro assume um posto com autonomia e competência:

Eu acho que a autonomia do enfermeiro, o enfermeiro ganha sua autonomia à medida que ele tem capacidade técnica de atendimento, porque se ele não tiver capacidade ele não vai ter essa autonomia, porque ele vai ficar com “receio” assim entre aspas, e não vai conseguir ter uma boa tomada de decisão adequada e benéfica para o paciente. A autonomia, ela está ligada a isso, a teu estudo, a tua capacidade técnica, a tua capacidade de observação do paciente, porque como a gente está ali no lado do paciente o tempo inteiro a gente percebe a mudança mais rápida que o médico. (E13)

Então, a gente que já tem uma bagagem, já tem uma certa experiência, depende do enfermeiro coordenar até essa situação, diz: você vai pegar o acesso venoso, você vai fazer tal coisa, então é bem importante esse papel assim. (E14)

[...] vai aliando teu conhecimento técnico, teu conhecimento prático, científico, a tua experiência profissional e tu vai vendo que tipo de emergência que é, e tomando as providências necessárias para atender aquelas pessoas. (E5)

Bom, inicialmente, acho que é traçar o que é importante para um paciente. Saber os sinais vitais dele, do nível de consciência, se ele necessita de procedimentos invasivos ou não, se ele necessita imediatamente que ele seja avaliado pela equipe médica, se ele pode aguardar ou não. Agilizar até a equipe médica chegar, dependendo do que o paciente apresenta. Se eu já posso agilizar o banco de sangue, eletro, laboratório, maca. (E8)

Habilidades técnicas, conhecimento e experiência são pontos-chaves que fazem com que o profissional conduza, com mais segurança e rapidez os atendimentos e a organização das atividades necessárias para o bom andamento da unidade.

5 DISCUSSÃO

Os atendimentos ofertados na unidade de pronto-socorro garantem aos pacientes a prestação da assistência qualificada, conforme a complexidade de cada caso. Como descrito na primeira categoria, o HUSM oferece aos seus pacientes esse atendimento de alta complexidade, contando com uma equipe completa de profissionais. O pronto-socorro é um setor da instituição hospitalar que apresenta uma dinamicidade específica e distinta dos outros setores. Sua rotina difere das demais, devido à alta demanda de pacientes e com problemáticas de saúde singulares, perfazendo um trabalho diferenciado, necessitando de uma equipe multiprofissional qualificada e articulada para atender as demandas (MONTEZELI, 2009).

As unidades de pronto-socorro, as quais fornecem serviços de urgência e emergência, constituem a “porta de entrada” da instituição hospitalar para uma grande parte da população brasileira (BARRETO et al., 2015). Bugs et al. (2017) descrevem que a complexidade de um pronto-socorro concretiza-se, através dos seus atendimentos de urgência e emergência, com casos caracteristicamente diferentes e com número de atendimento não limitado. Nesse sentido, outros autores descrevem que mediante o elevado número de atendimentos prestado nessas unidades, acomete os serviços com problemas relacionados a infraestrutura, organização do serviço, qualidade da assistência e a sobrecarga de trabalho da equipe (BARRETO et al., 2015).

Bem como destacado nos resultados, o pronto-socorro do Hospital Universitário é caracterizado como “porta fechada”, apesar disso, vai ao encontro dos autores citados, visto que não há limite de atendimento, e há oferta de atendimento diário às demandas espontâneas através da regulação dos casos referenciados como situações críticas de vida, enfrentando, também, os problemas descritos anteriormente. Na pesquisa, aponta-se que a taxa de ocupação do pronto-socorro manteve em 116,02%. Nesse caso, percebe-se que os pacientes permanecem em internação na própria unidade, o que gera a superlotação, como apresenta nos dados que diariamente mantém 43 leitos ocupados, sendo que a capacidade é 23 leitos de internação.

Recentemente, foi realizada uma revisão de literatura, que destacou a importância da inclusão de educação com os pacientes que frequentam seguidamente as unidades de pronto-socorro, como também, a expansão do papel pré-hospitalar na atenção primária e a prevenção do uso inadequado e a melhoria do acesso a serviços alternativos de saúde para evitar a superlotação que atualmente vivencia-se nas unidades de pronto-socorro nacional e internacional (BURNS, 2017).

Outros estudos apontam que os problemas relacionados aos serviços hospitalares de emergência, estão ligados a ausência de recursos, superlotação, a imprevisibilidade, necessitando de agilidade e rapidez das equipes para realizar os atendimentos (SANTOS et al., 2017b). Para tanto, o hospital pesquisado, busca melhorias para otimizar o fluxo de paciente de alta complexidade da região, como o núcleo interno de regulação (NIR). Esse serviço está alocado para oferecer suporte e segurança no atendimento, garantindo que pacientes em situações críticas de vida sejam atendidos em tempo hábil.

O NIR é uma Unidade Técnico-Administrativa que possibilita monitoramento do paciente desde a sua chegada à instituição, durante o processo de internação e sua movimentação interna e externa, até a alta hospitalar. Tem como objetivo prestar apoio da Gestão de Leitos, demais ofertas e para propiciar a interface com a Regulação de Acesso. É fundamental a instauração de uma rede de comunicação entre o NIR e as Centrais de Regulação (Ambulatorial, Hospitalar e de Urgência) para efetivar o acesso do usuário em tempo oportuno e adequado ao recurso necessário (BRASIL, 2017).

Barreto et al. (2017), destacam as atividades desenvolvidas no pronto-socorro como um trabalho desafiante para os profissionais de saúde, com enfoque especial para a equipe de enfermagem que compõem a maior parte da equipe desse cenário. Os serviços oferecidos pelo Núcleo gerenciador de demandas (NGD) e pelo NIR, contam com o trabalho e o gerenciamento do enfermeiro da unidade de pronto-socorro, desenvolvendo seu trabalho juntamente com a equipe médica. Nos depoimentos da atual pesquisa, o enfermeiro que assume o plantão nesse setor, assume o trabalho de gerenciamento, desenvolvendo atividades em conjunto com outros serviços e setores hospitalares, pré-hospitalares e atenção básica.

O trabalho do enfermeiro no pronto-socorro caracteriza-se pelas atividades de gerenciamento e assistência, extremamente importantes para o andamento da unidade (SANTOS et al., 2017b; ROSA; CARDOSO; PASSOS, 2016). Dentro desse contexto de trabalho complexo, dinâmico e imprevisível da unidade de pronto-socorro, destaca-se esse o profissional busca e preza pelo atendimento diferenciado, que oferece suporte para a manutenção e recuperação da vida de cada paciente, além de manter a organização do serviço.

Como explanado nos resultados, os enfermeiros fazem uso de si para concretizar seus trabalhos. Dentro de suas competências, trabalham com autonomia, a fim de proporcionar a melhor assistência. Percebe-se o intenso trabalho do enfermeiro quando ele busca desenvolver as melhores ações para fazer a diferença no cuidado prestado. Na segunda categoria, destaca-se a relação do uso de si, o “uso” se faz presente no trabalho gerencial e assistencial do enfermeiro, assim como na organização do ambiente, na assistência das intercorrências e no

momento de elencar as prioridades para atendimento. O uso de si está presente na condução das atividades de cada turno de trabalho, e esse “uso” assume maior dimensão no momento em que é interligado com a experiência e o conhecimento de cada profissional, como também se destacou no momento de comunicação, trabalho em equipe e no prazer em trabalhar no pronto-socorro.

Ao refletir sobre os atendimentos prestados nos setores de urgência e emergência das instituições hospitalares, deparamo-nos com um dos setores mais críticos em relação ao gerenciamento de enfermagem. Esse serviço apresenta constantemente a imprevisibilidade de ocorrências e ritmos altamente acelerados para o atendimento. A equipe de enfermagem atuante nesse setor, deve dispor de agilidade, habilidade, destreza e capacidade de raciocinar de maneira consciente e segura quanto ao atendimento e às condutas tomadas (ANTONELLI; BELLUCCI JUNIOR, 2014).

Duraffourg, Duc e Durrive (2010) descrevem que todo ato realizado, mesmo que seja o ato mais simples, é um uso de si por si: “Não existem duas pessoas, não existem dois momentos, para uma mesma pessoa, em que o uso de si por si seja idêntico” (DURAFFOURG; DUC; DURRIVE, 2010, p. 69).

Para Rosa, Cardoso e Passos (2016) cabe ao enfermeiro a avaliação de cada paciente, e, para isso, precisa ter conhecimento de avaliação clínica, como buscar informações objetivas, subjetivas, e possuir experiência para identificar a necessidade de atendimento imediato ou não naquele momento. Mediante as singularidades e particularidades de cada paciente, o profissional desempenha atividades diferenciadas. Para Schwartz (2000, p. 34), o trabalho não é uma simples execução de atividades, mas sim o uso de si buscando resolução para situações singulares, mesmo quando a atividade da enfermagem parece totalmente hierarquizada e prescrita:

[...] o trabalho como lugar de debate, um espaço de possíveis sempre a negociar onde não existe execução, mas uso, e o indivíduo no seu todo é convocado na atividade. Assim, o trabalho envolve sempre uso de si. Há uso de si pelos outros, já que o trabalho é, em parte, heterodeterminado por meio de normas, prescrições e valores constituídos historicamente. Porém, há também uso de si por si, já que os trabalhadores renormalizam as prescrições, e criam estratégias singulares para enfrentar os desafios de seu meio.

Conforme descreve Schwartz (2000), os dados pesquisados mostram o uso de si por si no momento de intercorrências, de elencar prioridades, de organizar a equipe, de organizar o ambiente de trabalho, para que as atividades tenham continuidade. O uso de si pelos outros,

ocorre no momento de trabalho em equipe, de desenvolver as atividades que são prescritas e seguir as condutas mais adequadas.

Já Muniz (2008) apresenta em sua pesquisa que na enfermagem o *uso de si pelos outros* é bastante evidenciado, sendo que, as técnicas padronizadas são conduzidas de maneira a garantir a qualidade do cuidado pela padronização dos procedimentos, assim como o uso de si por si também esteve sempre presente nas singularidades das situações em que as enfermeiras tinham que encontrar respostas para resolver problemas novos que não estavam prescritos.

O *uso de si* evidencia-se nos resultados da atual pesquisa, no momento que o enfermeiro assume diversas atividades em seu turno de trabalho. Dependendo da área que está alocado, ele elenca prioridades de atendimento ou, na sala de emergência, busca atender o paciente no instante em que ele chega, verificando sinais, coletando informações, chamando a equipe médica. Outros autores descrevem também, que a organização de suas ações depende das prioridades e necessidades dos pacientes, e que esse planejamento também depende da área em que o profissional está alocado naquele turno de trabalho, como: o de atendimento às urgências e emergências, a assistência aos pacientes em sala de observação e a atenção aos usuários com demandas de saúde não urgentes. Cada ação voltada para a necessidade do paciente, a fim de conduzir as atividades para o bem estar do paciente e uma assistência adequada (ROSA; CARDOSO; PASSOS, 2016).

Estudo realizado nas emergências de Porto Alegre mostra que, as principais atividades assistenciais que o enfermeiro desenvolve, em seu processo de trabalho, são normas antecedentes. Elas direcionam o serviço diferentemente com a classificação de risco, ou seja, acolhimento e a classificação de risco dos pacientes, após o registro dos dados clínicos no prontuário, seguida de verificação de sinais vitais e anamnese com a avaliação clínica dos pacientes e a realização do procedimento de eletrocardiograma. Na dimensão gerencial, as emergências de Porto Alegre destacaram o trabalho do enfermeiro nas distribuições de tarefas, escalas diárias, organização de escalas de trabalho, preenchimentos de dados do seu trabalho e provisão de materiais (GEHLEN; LIMA, 2013).

Assim, percebeu-se que mesmo nas atividades realizadas nas emergências, há protocolos e rotinas a serem seguidas, no entanto, depende da tomada de atitudes e ações de cada profissional para conduzir as situações com condutas isoladas. De acordo com Duraffourg; Duc e Durrive (2010, p. 70):

Todo uso de si, há um parte irredutível, não formalizável, que depende da maneira singular de fazer uso deste patrimônio. Se trabalhar, como acabamos

de dizer, é sempre aplicar um protocolo, ao mesmo tempo é sempre aplicá-lo de uma maneira singular, diferente daquela do vizinho e mesmo diferente de um momento a outro: não somente eu não faço jamais exatamente aquilo que me mandam fazer, mas eu não faço jamais exatamente aquilo que previ fazer. Isso é a história em construção!

Zambiazi e Costa (2013) apontam que o trabalho do enfermeiro têm particularidades. A dimensão do gerenciamento na unidade de pronto socorro é um pilar de sustentação para a assistência. Através da gestão da unidade é possível dar continuidade aos atendimentos e garantir a qualidade, sempre buscando a diferença da gestão, em nome de melhorias. Pode-se perceber que estes processos encontram-se divididos na maioria das instituições, assim como é possível evidenciar essa divisão no Hospital Universitário estudado.

Autores descrevem essa divisão de trabalho e relatam que há um enfermeiro responsável pela coordenação do setor, os demais profissionais permanecem com atividades de assistência direta ao cuidado do paciente, desenvolvendo funções gerenciais rotineiras dentro de seu campo de atuação. Nesta pesquisa o enfermeiro coordenador da unidade de emergência do Paraná, sente-se sobrecarregado por também permanecer na assistência, resolvendo basicamente os problemas relacionados à escala e à distribuição de pessoal (ZAMBLAZI; COSTA, 2013).

No processo de gerenciar, objetiva-se a organização do trabalho, os recursos que os envolve, com o propósito de gerar e programar condições apropriadas para produzir o cuidado e o melhor desempenho da equipe. Em vista disso, o enfermeiro desafia-se rotineiramente em associar ambos os processos de trabalho, principalmente no setor de urgência e emergência, ao executar ambas as dimensões de assistência e gerência (SANTOS; LIMA, 2011).

Para desenvolver e planejar o trabalho do enfermeiro principalmente no ambiente da urgência e emergência, a liderança que o enfermeiro desempenha auxilia no planejamento da assistência, na delegação das atividades e na coordenação de enfermagem. Dessa forma, ao exercer o papel de liderança, de coordenação, conseqüentemente irá desenvolver outras competências, como a comunicação para um melhor relacionamento interpessoal seja com os outros profissionais, os pacientes ou acompanhantes e a tomada de decisão (ARASZEWSKI et al., 2014; SILVA et al., 2014).

Essa dinamicidade de atividades desenvolvidas pelos enfermeiros está relacionada ao que Schwartz (2014) descreve com o *uso de si* nas atividades, como um constante debate de normas, reajustada no instante do agir para trabalhar com a situação imposta. O autor ainda relata que a nossa vida é uma sequência de normas antecedentes de um lado e, do outro, o

impossível e o invivível, que resultam nas renormalizações necessárias para dar continuidade às atividades (SCHWARTZ, 2014).

Em relação a esse contexto, Araszewski et al. (2014) descreve que o enfermeiro além de realizar diversas atividades, planejamento das ações e coordenação das equipes, está constantemente estabelecendo prioridades no atendimento e dividindo seu tempo e sua atenção entre a monitorização dos pacientes mais graves e a realização de procedimentos técnicos. Em um estudo desenvolvido sobre o trabalho da enfermagem e a ergologia, sinalizou-se que as normas antecedentes caracterizadas pelos manuais, notas técnicas, prescrições e procedimentos padronizados existem sempre antes das atividades, mas que é possível renormatizá-las diante da realidade: elas devem ser recriadas, reinterpretadas mediante a singularidade de cada trabalhador (FONTANA; LAUTERT, 2013).

Em todos os tipos de organizações, há regras e rotinas, fundamentais para a organização e planejamento dos serviços. Segundo Campos, Melo, Telles Filho (2014, p. 1223):

A organização e a gestão desse trabalho têm como característica relevante a presença de normas e rotinas que fornecem orientações para a assistência. Entretanto, essas normas nunca se constituem em um fim em si mesmo, uma vez que o trabalhador está sempre reinventando o labor, utilizando-se das normas antecedentes (representativas do trabalho prescrito e as possibilidades de renormatizações) o que faz necessário compreender os trabalhadores de enfermagem como elementos determinantes para a análise dos processos e das situações no trabalho.

Na ergologia, o trabalho prescrito e o trabalho real confrontam-se diariamente nas atividades. Na terceira categoria, foi possível observar essa realidade: o trabalho prescrito representado pelos POPs, destacando-se sua importância e sua necessidade de renormatização devido ao trabalho real e ainda, à falta de conhecimento dos POPs, e à falta de protocolos específicos para o trabalho do enfermeiro que garantam a autonomia dos enfermeiros para alteração de condutas. As rotinas preestabelecidas, o aprazamento das pastas, a prescrição médica, a experiência, o conhecimento e as intercorrências estão presentes no trabalho real no pronto-socorro.

Para melhor compreensão, descreve-se o conceito de *normas antecedentes*, que pode ser entendido como uma ampliação da noção de *trabalho prescrito*. Segundo Alvarez e Telles (2004, p. 72), ambos os conceitos "remetem ao que é dado, exigido, apresentado ao trabalhador, antes de o trabalho ser realizado".

Para trabalhar, é necessário que haja um prescrito, um conjunto – de objetivos, de procedimentos, de regras – relativo aos resultados esperados e à maneira de obtê-los. Quem prescreve? Em termos mais gerais, é a sociedade quem prescreve. Neste sentido, a finalidade do trabalho é exterior ao homem tomado enquanto indivíduo isolado: a atividade de trabalho é, de imediato, social. Ela permite a cada um se produzir como ser social, mas este processo não resulta de uma simples aplicação do prescrito. A situação real é sempre diferente daquilo que foi antecipado pelo prescrito. Estas diferenças entre o que te é demandado e o que se passa na realidade, devem ser geridas. E estas distâncias são irreduzíveis: irreduzíveis! (SCHWATRZ, 2010, p. 68).

Schwartz (2010) descreve um exemplo de trabalho realizado, por operadoras, em uma fábrica. Nesse trabalho, Schwartz mostra a atividade humana em dois esquemas, um sendo o trabalho prescrito, que foi pensado, predeterminado por alguém que estudou os cálculos de tempo e eficácia para realização da montagem de televisores, no entanto o segundo esquema, completamente diferente, é o trabalho real, o que realmente foi feito em um dia de trabalho das operadoras. Como é descrito pelo autor, haverá sempre uma distância pelo prescrito e o real. A distância acontece por que há prática e experiência no trabalho já desenvolvido, elas reorganizam a todo tempo seus postos de trabalho e reorganizam suas caixas de ferramentas, então, esse esquema de trabalho é totalmente singular.

No trabalho, tem-se a tendência de ver apenas o trabalho prescrito, pela sua formalização em livros, atas, murais, protocolos, isso é visível. No entanto, o trabalho real é dificilmente visto e expressado, como descreve Duraffourg, Duc e Durrive (2010, p. 70): “[...] quantos trabalhadores dizem: eu estou acostumado, e não conseguem verbalizar sua maneira de fazer, a atividade então é enigmática”.

A distância entre o real e o prescrito surge do momento que a pessoa faz escolhas, consciente ou inconscientemente. Para Schwartz, as escolhas existem por que as pessoas têm valores para orientar a realização de escolhas, por isso há o “debate de normas”, mesmo que não sejam vistos, os debates de normas ocorrem no interior da menor atividade de trabalho, a mais ínfima (SCHWARTZ, 2010). Contudo, se há escolha, qualquer que seja a escolha, mais ou menos consciente, significa que cada pessoa tem seus valores (SCHWARTZ; ECHTERNACHT, 2007).

Na presente pesquisa, os participantes destacam que a dinamicidade do serviço de urgência e emergência faz com que as normas e protocolos sejam alterados constantemente. Schwartz (2014) apresenta que a atividade envolve inúmeras normas antecedentes, de diversos níveis e graus de proximidade com as exigências que os indivíduos têm que agir para lidar com as diversas situações de trabalho, e é necessário que as normas parciais sejam reajustadas no

instante do agir. Esse debate de normas leva às renormatizações. Segundo Cunha (2007), mesmo ao seguirem as normas, os sujeitos no trabalho já estão praticando escolhas, porém, essas normas são sempre insuficientes para dar conta das situações presentes. Ou seja, o trabalho real, é o resultado das renormatizações, e não apenas a execução das normas (SCHWARTZ, 2006).

Schwartz, Duc e Durrive (2010) explicam que sempre é necessário fazer escolhas. Por um lado, as escolhas são feitas em função de valores, por outro, elas precisam ser cuidadosamente avaliadas por apresentarem riscos que vem ao encontro do vazio de normas. Então, há deficiência de informações, orientações e experiências. Dentre essas escolhas há o risco de falhar, de criar dificuldades novas, de desagradar e, ao mesmo tempo, “[..] escolher essa ou aquela hipótese é uma maneira de se escolher a si mesmo – e em seguida de ter que assumir as consequências de suas escolhas” (SCHWARTZ; DUC; DURRIVE, 2010, p.191).

O vazio de normas, como descrito, vem ao encontro das entrevistas, quando os enfermeiros relatam dificuldade de trabalhar com os profissionais residentes de medicina, pois no momento que falta apropriação dos protocolos da instituição, os profissionais residentes desenvolvem seu trabalho de maneira que diverge dos demais membros da equipe. No trabalho coletivo, Duc, Durrive, Duraffourg (2010, p. 77) dizem que é “[...] impossível trabalhar eficazmente e com segurança sem um bom conhecimento coletivo”. Não existem duas pessoas que trabalham da mesma maneira. Tocamos assim, a dimensão coletiva de toda “atividade individual” de trabalho. No coletivo, os trabalhadores atuam juntos, tornam o trabalho possível.

Os mesmos autores ainda descrevem que, essas escolhas, ou, *dramáticas do uso de si*, não podem simplesmente dar instruções ou entender que o trabalho é meramente mecânico, entra-se em um mundo extremamente delicado e singular (SCHWARTZ; DUC; DURRIVE, 2010). Na tentativa de cumprir com as prescrições, ou seja, com as normas antecedentes, próprias da atividade de trabalho, o trabalhador cria suas próprias normas, cria maneiras diferentes para realizar o seu trabalho. Essa necessidade de mudança é uma dramática do uso de si (AZEVEDO; SOUZA, 2017).

Na quarta categoria, destacam-se as dramáticas do uso de si e as renormatizações do trabalho na unidade de pronto-socorro. Nessa categoria encontram-se as estratégias e ações usadas pelos profissionais enfermeiros no seu trabalho, a agilidade e rapidez no atendimento de urgências e emergências, buscando encontrar maneiras de trabalhar, mesmo com as dificuldades e limitações de estrutura física prejudicada e superlotação do espaço.

Na perspectiva ergológica, o agir de cada trabalhador envolve escolhas a serem feitas em cada situação de trabalho, neste caso, procedem de um debate de normas que antecede a

escolha chamada de dramática da atividade. Isso é resultante da renormatização em função da impossibilidade de antecipar as normas antecedentes (AZEVEDO; SOUZA, 2017). E remete ainda à singularidade nas atividades diárias juntamente com a dimensão histórica de toda prática desenvolvida por cada trabalhador (HOLZ; BIANCO, 2014).

Como descrevem Schwartz (2015) e Holz (2013), as dramáticas são um desenrolar de protocolos normalizados, uma interface ressingularizada entre meios técnicos e humanos na atividade do trabalho e também um encontro de encontros sempre renovado, ou seja, por mais prescritiva que seja uma tarefa, haverá sempre o conhecimento a respeito da situação para guiá-la e orientá-la.

A dramática do uso de si é visível ao trabalho diário de enfermeiros em setor de urgência e emergência. O pronto-socorro estudado, assim como uma pesquisa desenvolvida no Paraná, destaca as peculiaridades que o pronto-socorro atende de demandas quando se trata de um hospital referência de alta complexidade, em que os enfermeiros precisam ter agilidade, habilidade e rapidez no atendimento. Ainda apresenta dificuldade como a sobrecarga de trabalho e possíveis ocorrências de erros no cuidado ao paciente (GIRARDI et al., 2018).

Estudos internacionais buscam soluções para a alta demanda de pacientes atendidos nos departamentos de emergência. Em Ontário no Canadá, buscou-se medidas para otimizar o serviço de saúde e equilibrar o tempo de rotatividade dos pacientes. O estudo introduziu médicos navegadores (O papel do médico navegador é fornecer ao médico de emergência apoio administrativo e ajudar na outras tarefas organizacionais, seu uso levou a uma melhoria na rotatividade de pacientes no centro de estudo) como uma nova estratégia para aumentar a eficiência do médico da emergência. Essas organizações que abordam o processo de cuidado, reúnem intervenções e a busca pelo desfecho com sucesso em suas instituições (MERCURI; MONDOUX, 2017).

Para Santos et al. (2017b), em relação à superlotação das unidades de pronto-socorro, tem-se como sugestão incluir o enfermeiro no gerenciamento das internações, considerando a sua formação gerencial e a sua experiência, capaz de agilizar o fluxo de atendimento. Contudo, sabe-se que não depende somente deles a liberação ou internação dos pacientes, sendo necessária a colaboração de todos profissionais envolvidos, principalmente os médicos. O mesmo autor relata a necessidade de ampliação e adequação nas infraestruturas dessas unidades nas instituições, a fim de melhorar a qualidade dos atendimentos (SANTOS et al., 2017b).

Na atualidade, é muito presente e discutida a superlotação das instituições hospitalares públicas. Para além das normas antecedentes, existe uma permanente criação e recriação da

atividade frente às exigências do mundo do trabalho. É nesse espaço que está o trabalho que não se limita à tarefa, que vai muito além. Trata-se do agir de uma pessoa que é um ser que cria e recria por meio da atividade de trabalho (AZEVEDO; SOUZA, 2017).

Na abordagem ergológica, o trabalho não é uma simples execução de tarefas ou cumprimento de rotinas e procedimentos. Toda atividade de trabalho é uma dramática do uso de si, atravessada pelas normas antecedentes e pela necessidade do trabalhador de suprir e agir nas suas atividades, buscando os seus valores e as suas singularidades (AZEVEDO; SOUZA, 2017).

Profissionais buscam desenvolver métodos que auxiliem em seu trabalho. Ações de gestão que garantam a agilidade e a execução de todas as duas atividades.

A gestão, como verdadeiro problema humano, advém por toda parte onde há variabilidade, história, onde é necessário dar conta de algo sem poder recorrer a procedimentos estereotipados. Toda gestão supõe escolhas, arbitragens, uma hierarquização de atos e de objetivos, portanto, de valores em nome dos quais essas decisões se elaboram. Ora, o trabalho nunca é totalmente expectativa do mesmo e repetição – mesmo que o seja em parte. (Schwartz, 2004a, p. 23).

Nesse contexto de gestão, enfermeiros da presente pesquisa, assim como outro estudo, destacam que buscam alternativas para organizar seu trabalho como, o registro da passagem de plantão, visto como uma atividade burocrática, mas, que na tentativa de assegurar a prestação dos cuidados, utiliza-se do procedimento por ser uma atividade comunicativa e de rotina indispensável e inerente ao trabalho do enfermeiro, a qual permite organizar e planejar as intervenções de enfermagem (BARRETO et al., 2015).

Várias são as maneiras de dramáticas do uso de si e renormatização do trabalho do enfermeiro. No trabalho produzido, a renormatização remete sem parar a antecipação diante da confrontação com o real, único e singular, sendo que nos construímos-nos normas que levam em consideração as normas do ambiente (DUC; DURRIVE; DURAFFOURG, 2010, p.79).

As dramáticas ocorrem em vários momentos do trabalho dos profissionais, as quais, muitas vezes, não são percebidas. Uma pesquisa realizada no pronto-socorro de um hospital de ensino em São Paulo mostrou que os participantes utilizam a estratégia de enfrentamento para fortalecer o trabalho, facilitar a convivência entre os membros da equipe, desenvolver habilidades e promover a motivação e a satisfação no trabalho. A estratégia de resolução de problemas foi a mais citada, ela está direcionada a alterar uma situação por meio de uma avaliação crítica e detalhada do problema, com o objetivo de se obterem resultados satisfatórios (RIBEIRO et al., 2015).

Mediante a dinamicidade do pronto-socorro, o enfermeiro é o profissional capaz de planejar o atendimento emergencial com identificação de prioridades e planejar a organização do fluxo do setor. A rapidez na tomada de decisão e a comunicação são mencionadas como elementos importantes no exercício da liderança no serviço de emergência (ARASZEWSKI et al., 2014).

Como descreve Holz e Bianco (2014), a confrontação, depara-se com as mais diversas condições e situações inconstante do meio em que o indivíduo se encontra, as quais não são previsíveis, visíveis e antecipáveis. Essa confrontação vem ao encontro da autonomia profissional no trabalho do enfermeiro, por possibilitar que nas situações adversas do meio o profissional possa, através de seu conhecimento e competência legais, tomar atitudes e agir frente às situações inesperadas. A autonomia vem sendo associada à capacidade de tomada de decisão, realizada por meio do conhecimento e obrigações éticas com o paciente. Além do mais, é compreendida como um fator fundamental na prática do enfermeiro, e alicerce da qualidade do cuidado, uma vez que o exercício autônomo confere maior grau de satisfação profissional (SANTOS et al., 2017b).

Na ergologia, a autonomia está presente no enquadramento do trabalho real com o trabalho prescrito. Esse conceito evoluiu no instante em que o prescrito se dissolve pela autonomia que as pessoas têm, pela sua responsabilidade e conhecimento: “Fixam-lhe objetivo e as pessoas devem se virar para atingir os resultados que serão objetos de uma avaliação” (DURAFFOURG; DUC; DURRIVE, 2010, p. 70). Como descrito por Fouchecourt-Dromard (2018), o trabalho real e prescrito é o encontro das prescrições com a personalidade singular, um debate entre o que o trabalho exige de si e o que os outros lhe pedem. A imprevisibilidade do trabalho exige que os profissionais façam escolhas que são possíveis perante a autonomia profissional no trabalho.

Nessa perspectiva, aborda-se novamente o conceito de uso de si, agora relacionado à autonomia. Fazer uso de si mesmo é tratar subjetivamente os eventos que lhe são apresentados. É fazer uso do próprio ser físico, biológico, psíquico e social (FOUCHECOURT-DROMARD, 2018). Para que o enfermeiro possa desenvolver o trabalho real, a renormatização, as dramáticas do uso de si, ele precisa ter em algum momento autonomia no seu trabalho, caso contrário, estas atividades não serão executadas, pois são através do seu conhecimento, experiências que os profissionais conseguem alterar o trabalho: agir e tomar as decisões coerentes com as situações.

Segundo Durrive e Schwartz (2008), as dramáticas de uso de si ocorrem para resolver situações imprevisíveis, necessitando reagir. Dessa forma, a situação é base da variabilidade e da história, pois nela está a possibilidade de fazer micro escolhas para tratar o acontecimento.

Viegas (2013a) descreve que em toda atividade desenvolvida pelo trabalhador há um certo grau de iniciativa, que faz com o trabalho seja realizado. A iniciativa ou a escolha do trabalhador acontece, pois, sempre haverá a distância entre aquilo que já foi produzido (trabalho prescrito) e aquilo que realmente será realizado (trabalho real). Assim, direciona-se este contexto com a autonomia profissional do enfermeiro, em que o profissional precisa ter iniciativa, tomar decisões, agir para que o paciente seja atendido da melhor maneira possível e o mais rápido possível em sua urgência ou emergência. Como também, a autonomia no gerenciamento do cuidado, tendo visibilidade do seu ambiente de trabalho, apresentando mudanças, organização e planejamento em suas atividades.

Na quinta categoria apresenta-se a autonomia do profissional, enfermeiro no contexto da alta complexidade de um pronto-socorro de hospital público. Primeiramente, apresenta-se nos resultados o que os enfermeiros pensam quando se fala em autonomia profissional: conhecimento, habilidade e experiência pelo enfermeiro que atua no pronto-socorro, e também ter o poder de tomar decisões rápidas e ter responsabilidades pelas suas condutas. Em seguida, destacam-se os aspectos que facilitam o exercício da autonomia no trabalho, destacando: a boa comunicação e relação com a equipe multiprofissional, o conhecimento, a experiência, a relação com as chefias e a relação com os técnicos de enfermagem.

Em outra pesquisa, a rapidez, a habilidade, a comunicação e o relacionamento interpessoal foram citados como elementos importantes no exercício da liderança, como base para o trabalho em equipe, também foi citada a liderança do enfermeiro como finalidade de conduzir, planejar e organizar a dinamicidade e fluxo do pronto-socorro (ARASZEWSKI et al., 2014). Baykara e Sahinoğlu (2014) apresentam também fatores positivos que influenciam a autonomia profissional do enfermeiro em ambiente hospitalar como aumento de competências legais, de responsabilidades e de conhecimento profissional.

A autonomia está presente na tomada de decisão, inevitavelmente ligada à capacidade profissional, obrigação e ao compromisso e mandato social que o enfermeiro assume em seu trabalho. A função que cada enfermeiro assume nas decisões referentes aos cuidados de enfermagem e gestão dos sistemas de enfermagem é uma reflexão diária da autonomia dos enfermeiros. A tomada de decisão é um componente fundamental para a autonomia profissional do enfermeiro e deve ser baseada nos conhecimentos de enfermagem e não nas emoções ou no exercício de tarefas rotineiras (RIBEIRO, 2011).

A responsabilidade pelas decisões tomadas pelo enfermeiro influencia na autonomia de cada profissional. Os enfermeiros que integram com sucesso os comportamentos associados à autonomia profissional em enfermagem nas suas crenças, percebem que têm controle sobre o seu ambiente de trabalho e sobre a sua profissão. Atualmente, a complexidade e dinâmica do trabalho do enfermeiro requerem que os enfermeiros sejam capazes de tomar decisões complexas de forma autônoma (RIBEIRO, 2011).

Na pesquisa, também foi destacado os aspectos que dificultam o exercício da autonomia no trabalho, como: a não participação de decisões tomadas pelas chefias em relação a ações do pronto-socorro, excesso de burocracia, déficit de recursos humanos e físicos, superlotação, déficit de conhecimento dos enfermeiros em relação ao trabalho de urgência e emergência, relação com os médicos e a relação com a chefia do pronto-socorro.

Essas dificuldades encontradas, também são possíveis de observar em um trabalho realizado através da perspectiva ergológica, realizado em um centro de usinagem, que relata a importância do trabalho coletivo, uma ligação entre trabalhadores necessária para a organização e para desempenho das funções. Nesse cenário, um trabalhador descreveu que todos os trabalhadores são uma equipe, e se um não conseguir programar corretamente vai impactar o trabalho de outro trabalhador. Nessa narração se evidencia o quanto a atividade das pessoas envolvidas no processo está interligada e interfere na atividade (PEREIRA; MENDES; MORAES, 2017).

A relação com a equipe multiprofissional e as disputas pela relação de poder, também são descritas por Kurcgant (2016), ao destacar um aspecto importante na divisão de trabalho pela equipe multiprofissional. A autora refere que o enfermeiro, na dimensão técnico-científica, desenvolve seu trabalho individualmente, porém, essa atividade compõe um serviço coletivo. Na divisão de trabalho, sabendo que cada profissional assume seu fazer e saber específico, o trabalho ainda é marcado pela desigualdade nas relações de poder, ocorrendo a divisão técnica e social no trabalho.

Atualmente, ainda se fazem presentes, nas instituições, a divisão de trabalhos e a dificuldade em trabalhar com as relações de poder de cada profissional, sendo que este deveria se tornar um trabalho coletivo e integrado, assumindo suas responsabilidades e competências, assim com Schwartz descreve a seguir:

A gestão, como verdadeiro problema humano, advém por toda parte onde há variabilidade, história, onde é necessário dar conta de algo sem poder recorrer a procedimentos estereotipados. Toda gestão supõe escolhas, arbitragens, uma

hierarquização de atos e objetivos, portanto, de valores em nome dos quais estas decisões se elaboram (SCHWARTZ, 2004, p. 23).

Para dar continuidade dos serviços, os trabalhadores precisam se dar conta, que cada profissional têm suas atribuições, a fim de conduzir as atividades e evitar divergências entre si, principalmente com os profissionais da medicina, os quais ainda existem maior dificuldade de trabalho. De acordo com Souza, Pessoa Junior e Miranda (2017), a falta e a dificuldade de autonomia estão relacionadas com a hierarquização e a organização das equipes com o médico no centro do processo de trabalho, em detrimento dos outros profissionais.

O modelo biomédico, segundo Mello et al. (2016) também tem relação com as dificuldades para o exercício da autonomia, pelo profissional enfermeiro, o que deixa o seu trabalho invisível. Destacam que, mesmo com a execução técnica do eletrocardiograma e do cateter central de inserção periférica, como ocorre no Brasil, e do ato anestésico, como ocorre em algumas regiões dos Estados Unidos, não há avanços para o campo da enfermagem, pois a execução desses atos depende de solicitação e aprovação médica (MELO et al., 2016).

Referente à autonomia e suas limitações, pesquisa apontou que uma das dificuldades é o controle sobre o ambiente de trabalho: 53% dos enfermeiros relataram que não possuem controle sobre sua programação e 14% relataram que tinham controle total sobre seu cronograma de trabalho, restringindo o seu processo de trabalho. Ainda nesse estudo, outros resultados apontaram maior autonomia no local de trabalho associada à menor depressão e menos ausências no trabalho. Tanto a autonomia quanto o controle sobre a prática foram determinantes significativos de depressão e ausências no trabalho (ENNS; CURRIE; WANG, 2015).

Em relação a autonomia profissional, destacou-se em um estudo que as opiniões dos enfermeiros divergem, apenas 6,7% dos enfermeiros entrevistados afirmaram que os enfermeiros possuíam autonomia profissional. Já em relação a falta de autonomia, eles afirmaram que a autonomia profissional na enfermagem era principalmente restrita pela necessidade de ser dependente do médico nas implementações de enfermagem e que a autonomia na assistência de enfermagem era limitada principalmente por um alto número de pacientes por enfermeiro (BAYKARA; ŞAHINOĞLU, 2014).

A desvalorização da profissão, a subordinação da enfermagem à medicina e o medo, vinculado à falta de conhecimento ao exercer as suas atividades, são fatores que geram a dificuldade de ter autonomia em sua profissão no ambiente hospitalar. Pesquisar e desenvolver

um conhecimento crítico reflexivo é, segundo eles, fundamental para se ter autonomia em sua atuação (BONFANTE MOTA et al, 2018).

O conhecimento crítico e reflexivo vai ao encontro da ergologia quando se refere ao dispositivo dinâmico de três polos, conceito utilizado para compreender e buscar a aprendizagem formal, alimentada pela aprendizagem informal, tendo como foco os saberes e os valores que circulam e renovam indefinidamente a atividade de trabalho (SCHWARTZ; DUC; DURRIVE, 2010).

Conforme descrito, o conhecimento e a experiência do profissional precisam ser considerados sendo que são protagonistas no desenvolvimento da autonomia profissional e na busca pela prestação do cuidado de enfermagem integral e qualificada.

Esse estudo apresentou que o enfermeiro em unidade de pronto-socorro encontra dificuldades de exercer sua autonomia, por questões de relacionamentos com a equipe multiprofissional, pela estrutura física, hierárquica e entre outros. Mas que também, há as facilidades e potencialidades que os profissionais encontram para desenvolver o trabalho com autonomia. Ainda, foi possível conhecer que as normas e rotinas são necessárias para a organização das atividades de trabalho em meio a dinâmica e rapidez dos atendimentos de um serviço de urgência e emergência.

6 CONCLUSÃO

A partir desta pesquisa, foi possível conhecer como ocorre o exercício da autonomia por enfermeiros no pronto-socorro na perspectiva da ergologia. A complexidade da unidade de pronto-socorro exige do profissional enfermeiro habilidade, agilidade, tomada de decisão rápida e autonomia. Todas essas ações foram observadas na pesquisa através do trabalho dinâmico e imprevisível dos enfermeiros que trabalham incansavelmente para proporcionar o melhor cuidado aos pacientes.

O *uso de si* faz-se presente na assistência e gerenciamento do trabalho. Cada cuidado prestado, o momento de priorizar alguns atendimentos, urgências e intercorrências, o quanto o enfermeiro faz *uso de si* para prestar o melhor atendimento naquela situação, mediante a singularidade de cada caso. A convocação do uso de si pelo profissional apresenta-se na experiência do profissional, no seu conhecimento, comunicação, trabalho em equipe multiprofissional, o trabalho com a equipe de enfermagem e o prazer em desempenhar suas atividades.

No trabalho prescrito e no trabalho real, pode-se concluir que há um debate de normas, devido o vazio de normas. No trabalho prescrito destacou-se que os protocolos institucionais apresentam lacunas, no entanto, são reconhecidos como essenciais para a organização do serviço. No trabalho real, esses protocolos e rotinas nem sempre são seguidos como está descrito, a realidade do pronto-socorro dificulta o processo devido às intercorrências, emergências e prioridades que são estabelecidas para dar conta do serviço. O trabalho real é conduzido por que os enfermeiros apresentam experiência e conhecimento para alterar e debater as normas, assim como enfrentar as restrições com a equipe médica.

Nesse sentido, ocorrem as dramáticas do uso de si, em que o enfermeiro ao debater com as normas antecedentes e confrontar seu conhecimento, experiências e valores, altera o meio conforme a necessidade. As atividades de urgência e emergência, as tomadas de decisões rápidas fazem com que o profissional aja da melhor maneira possível naquela situação, renormatizando as rotinas e protocolos para prestação do cuidado.

No que tange a autonomia profissional do enfermeiro na unidade de pronto-socorro, os aspectos que facilitam a autonomia estão ligados à boa comunicação e relação com a equipe multiprofissional, ao conhecimento, à experiência, à relação com as chefias, à relação com os técnicos de enfermagem e à boa relação com os médicos. Os aspectos que dificultam o exercício da autonomia relacionam-se com a não participação de decisões tomadas pelas chefias em

relação a ações do pronto-socorro, excesso de burocracia, déficit de recursos humanos e físicos, superlotação, déficit de conhecimento dos enfermeiros em relação ao trabalho de urgência e emergência, relação com os médicos e a relação com a chefia do pronto-socorro.

Conclui-se que o enfermeiro apresenta autonomia em seu ambiente de trabalho. Destaca-se que, apesar de haverem limitações, esse profissional é reconhecido e desempenha suas atividades com agilidade, tomada de decisões rápidas e ágeis, e que, o conhecimento, a experiência e os valores de cada profissional, fortalecem sua autonomia.

A ergologia constituiu-se em referencial teórico apropriado ao debate desse objeto de estudo, tendo em vista que visa compreender como ocorrem as atividades de cada profissional. Além disso, reconhece em seus pressupostos, que a experiência e os saberes dos trabalhadores são fundamentais para o uso de si. Este reconhecimento trás a cada um, a valorização profissional e estímulo em buscar sempre mais autonomia no exercício de sua profissão.

Pode-se concluir que este referencial foi apropriado para debater a autonomia profissional do enfermeiro, sendo que a ergologia trás o dinamismo das atividades e que o profissional é o próprio sujeito no trabalho, pois, através dos conceitos do trabalho real e prescrito, na renormatização e dramáticas do uso de si, pode-se fazer um novo trabalho. Diante dos resultados encontrados, propõem-se que dentro da unidade os enfermeiros possam participar ativamente de tomadas de decisões relacionadas à assistência, a estrutura física e a mudanças de rotinas, o que caracteriza para a profissão à autonomia e o reconhecimento de seu trabalho.

No entanto, este estudo apresentou algumas limitações, por ter sido desenvolvido em apenas uma unidade de pronto-socorro de hospital público, e ainda o que nos instiga a buscar mais pesquisas com os demais membros da equipe multiprofissional e em outros cenários, utilizando o referencial da ergologia.

Almeja-se com esse estudo, que os enfermeiros através da identificação e o reconhecimento destas fragilidades possam promover discussões em seus espaços de trabalho, no sentido de sempre estar qualificando suas práticas assistenciais e gerenciais, com base na autonomia profissional.

REFERÊNCIAS

AACN – AACN standards for establishing and sustaining healthy work environments: a journey to excellence. **American journal of critical care**, v. 14, n. 3, p. 187-97, 2005.

ABEN – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. Autonomia profissional na enfermagem é construída por conquistas técnico-científicas, legais, e pelo desenvolvimento de uma prática cidadã. **Jornal da Associação Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 49, n. 2, 2007.

ALVAREZ, D.; TELLES, A. L. Interfaces ergonomia-ergologia: uma discussão sobre trabalho prescrito e normas antecedentes. In: FIGUEIREDO, M.; et al. (Org.). **Labirintos do trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo**. Rio de Janeiro: DP&A, 2004. p. 63-90.

ANTONELLI, R. C.; BELLUCCI JUNIOR, J. A. Gerenciamento de enfermagem em serviço hospitalar de emergência: revisão integrativa da literatura. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 35, n. 2, p. 137-46, 2014.

ARASZEWSKI, D.; et al. O exercício da liderança sob a ótica de enfermeiros de Pronto Socorro. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 19, n. 1, 2014.

ARRUDA, C., et al. Health care networks under the light of the complexity theory. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 169-73.

ATHAYDE, M.; BRITO, J. Ergologia e clínica do trabalho. In: BENDASSOLLI, P. F.; SOBOLL, L. A. P. **Clínicas do trabalho**. São Paulo: Atlas, 2011.

AZEVEDO, N. D.; SOUZA, L. G. Um olhar ergológico sobre os limites da vertente gerencialista na administração pública e suas implicações na atividade de trabalho. **Revista Ergologia**, nº 18, 2017.

BARRETO, M.; et al. Percepção da equipe de enfermagem sobre a função do enfermeiro no serviço de emergência. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 16, n. 6, p. 833-41, 2015. Acesso em 22 set. 2018. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324043261011>>.

BAYKARA, Z. G.; ŞAHINOĞLU, S. An evaluation of nurses' professional autonomy in Turkey. **Nursing Ethics**, London, v. 21, n. 4, p. 447-60, 2014.

BOARETTO, F.; et al. Contexto de ambiente de trabalho entre enfermeiras assistenciais em hospital universitário. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 21, n. 2, 2016.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial da União**, Ministério da Saúde, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Seção 1, p. 59-62.

_____. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 3 out. 2003. Seção 1, p. 1.

_____. Ministério da Educação. Lei 12.550 de 15 de dezembro de 2011. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). **Diário Oficial da União**, Brasília, 16 dez. 2011a. Seção 1, p. 2-3.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.600 de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 8 jul. 2011b. Seção 1, p. 69-70.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. **Manual de implantação e implementação: núcleo interno de regulação para Hospitais Gerais e Especializados**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde – SAS. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle (DRAC). Coordenação-Geral dos Sistemas de Informação (CGSI). **Cadastro Nacional De Estabelecimentos De Saúde – CNES**. Brasília, 2008.

_____. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 31 dez. 2010. Seção 1, p. 89.

BRITO, J. C. Trabalho prescrito e real. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/EPSJV, 2009.

BRITO, J. C.; et al. Trabalhar na saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego. In: ASSUNÇÃO, A. A.; BRITO, J. (Org.). **O trabalho nos serviços públicos de saúde: entre a inflação e a ausência de normas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011.

BUENO, F. M. G; QUEIROZ, M. S. O enfermeiro e a construção da autonomia profissional no processo de cuidar. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 2, p. 222-7, 2006.

BUGS, T. V.; et al. Dificuldades do enfermeiro no gerenciamento da unidade de pronto-socorro hospitalar. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 7, n. 1, p. 90-9, 2017. Acesso em 15 set. 2018. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/23374>>.

BULARZIK, A. M.; TULLAI-MCGUINNESS, S.; SIELOFF, C. L. Nurse's perceptions of their group goal attainment capability and professional autonomy: a pilot study. **Journal of nursing management**, Oxford, v. 21, n. 3, p. 581-90, 2013.

BURNS, T. R. Contributing factors of frequent use of the emergency department: A synthesis. **International emergency nursing**, Oxford, v. 35, p.51-5, 2017.

CAMARA, R. F.; et al. O papel do enfermeiro no processo de classificação de risco na urgência: uma revisão. **Revista Humano Ser**, v. 1, n. 1, p. 99-114, 2015.

CAMPOS, L. F.; MELO, M. R. A. C.; TELLES FILHO, P. C. P. Ergologia como referencial teórico: possibilidades para assistência e pesquisa em enfermagem. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, Divinópolis, v. 4, n. 2, p. 1222-8, 2014.

CASSETTARI, S. S. R.; MELLO, A. L. S. F. Demanda e tipo de atendimento realizado em Unidades de Pronto Atendimento do município de Florianópolis, Brasil. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 26, n. 1, p. 1-9, 2017.

CHEN, R.; SHARMA, S. K. Organizational Capabilities in Emergency Incident Response: An Empirical Examination. **MWAIS Proceedings**, Paper 8, 2012.

COFEN – CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN n. 564/2017, de 06 de novembro de 2017: Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 6 dez. 2017. Seção 1, p. 157.

_____. **Resolução COFEN n. 358/2009, 15 de outubro de 2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília, 2009. Acesso em 9 jan. 2019. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html>.

_____. Resolução COFEN n. 423/2012, de 9 de abril de 2012. Normatiza, no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, a participação do enfermeiro na atividade de classificação de riscos. Brasília, **Diário Oficial da União**, Brasília, 9 abr. 2012. Seção 1, p. 195.

CUNHA, D.M. **Notas conceituais sobre atividade e corpo-si na abordagem ergológica do trabalho**. In: Anais da 30ª Reunião Anual da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Educação. 2007 Out 08-11, Caxambu. Rio de Janeiro (RJ): ANPED; 2007.

DEGANI, G. C.; et al. Idosos vítimas de trauma: doenças preexistentes, medicamentos em uso no domicílio e índices de trauma. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 67, n. 5, p. 759-65, 2014.

DI CREDO, P. F.; FELIX, J. V. C. Perfil dos pacientes atendidos em um hospital de referência ao trauma em Curitiba: implicações para a enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 17, n. 1, p. 126-31, 2012.

DUARTE, M. L. C.; KRAEMER, F. Z.; CUNHA, D. R. M. F. Planejamento e gestão estratégica em urgência e emergência. In: SANTOS, M. N.; SOARES, O. M. **Urgência e emergência na prática de enfermagem**. Porto Alegre: Moriá, 2014.

DURAFFOURG, J.; DUC, M.; DURRIVE, L. O trabalho e o ponto de vista da atividade. In: SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L. (Org.). **Trabalho & Ergologia: conversas sobre a atividade humana**. 2. ed. Niterói: EdUFF, 2010. P. 47-87.

DURRIVE, L. A atividade humana, simultaneamente intelectual e vital: esclarecimentos complementares de Pierre Pastré e Yves Schwartz. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, supl. 1, p. 47-67, 2011.

DURRIVE, L.; SCHWARTZ, Y. Glossário da Ergologia. **Laboreal**, Porto, v. 4, n. 1, p. 23-8, 2008.

ENNS, V.; CURRIE, S.; WANG, J. Professional autonomy and work setting as contributing factors to depression and absenteeism in Canadian nurses. **Nursing outlook**, v. 63, n. 3, p. 269-77, 2015.

FAVERO, L.; RODRIGUES, J.A. P. Pesquisa estudo de caso. In: LACERDA, M. R.; COSTENARO, R. G. S. **Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde: da teoria à prática**. Porto Alegre: Moriá, 2015.

FERREIRA, E. B.; et al. Sistematização da assistência de enfermagem na perspectiva para a autonomia profissional. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 17, n. 1, p. 86-92, 2016.

FONTANA, R. T.; LAUTERT, L. A situação de trabalho da enfermagem e os riscos ocupacionais na perspectiva da ergologia. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 6, p. 1306-13, 2013.

FONTANELLA, B. J. B.; et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 389-94, 2011.

FOUCHECOURT-DROMARD, I. A abordagem “ergológica” para uma outra avaliação do trabalho social. **Laboreal**, Porto, v. 14, n. 1, p. 59-64, 2018.

GARCIA, E. A.; FUGULIN, F. M. T. Nurses' work time distribution at Emergency Service. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 1032-8, 2010.

GEHLEN, G. C.; LIMA, M. A. D. S. O trabalho do enfermeiro na produção do cuidado em Unidades de Pronto Atendimento de Porto Alegre/RS. **Investigación y Educación en Enfermería**, Medellín, v. 31, n. 1, p. 26-35, 2013. Acesso em 15 set. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072013000100004&lng=pt&nrm=iso>.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GIRARDI, C.; et al. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em pronto-socorro hospitalar. **Revista de Administração em Saúde**, v. 18, n. 71, 2018.

GOMES, C. M.; MACHADO, J. M. H; PENA, P. G. L. (Org.). **Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2011.

GOMES JUNIOR, A. B.; SCHWARTZ, Y. Psicologia, saúde e trabalho: da experiência aos conceitos. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 19, n. 2, p. 345-51, 2014. Acesso em 23 aug. 2017. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/html/2871/287132426016/>>.

GONÇALVES, A. V. F.; BIERHALS, C. C. K.; PASKULIN, L. M. G. Embracement with risk classification in the emergency department from the perspective of older adults. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 36, n. 3, p. 14-20, 2015.

HOLZ, E.; BIANCO, M. F. Ergologia: uma abordagem possível para os estudos organizacionais sobre trabalho. **Cadernos EBAPE. BR**, Rio de Janeiro, v. 12, n. esp., p. 494-512, 2014.

HOLZ, E. B. Pesquisa Ergológica: cientificidade, coerência, paradigma e articulação conceitual. **Revista Gestão & Conexões**, v. 2, n. 1, p. 210-30, 2013.

HUSM – HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA. **Nossa história**. Santa Maria: EBSEH/HUSM, [2017?]. Acesso em 13 jul. 2018. Disponível em: <<http://www.ebserh.gov.br/web/husm-ufsm/informacoes/institucional/nossa-historia>>.

JESUS, M. S.; SAID, F. A. Autonomia e a prática assistencial do enfermeiro. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 13, n. 3, p. 410-21, 2008.

KOVÁCS, I. Novas formas de organização do trabalho e autonomia no trabalho. **Sociologia, Problemas e Práticas**, n. 52, p. 41-65, 2006.

KRAEMER, F. Z.; DUARTE, M. L. C.; KAISER, D. E. Autonomia e trabalho do enfermeiro. **Revista gaúcha de enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 3, 487-94, 2011.

KURCGANT, P. **Gerenciamento em enfermagem**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

LUNARDI, V. L.; et al. Processo de trabalho em enfermagem/saúde no Sistema Único de Saúde. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 1, n. 2, p. 73-6, 2011.

MANENTI, S. A.; et al. O processo de construção do perfil de competências gerenciais para enfermeiros coordenadores de área hospitalar. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 727-33, 2012.

MANUAL de gerenciamento da rotina: setor de Urgência e Emergência, Unidade de Pronto socorro. Organização e validação do manual Laura Souza Pinto et al. Elaboração e revisão Rosângela Machado et al. Santa Maria: HUSM, 2017

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 8. ed. [3. reimpr.]. São Paulo: Atlas, 2019.

MASCARENHAS, M. D. M.; et al. Características de motociclistas envolvidos em acidentes de transporte atendidos em serviços públicos de urgência e emergência. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 12, p. 3361-71, 2016.

MELO, C. M. M.; et al. Professional autonomy of the nurse: some reflections. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. e20160085, 2016.

MERCURI, M.; MONDOUX, S. E. Tackling the demand for emergency department services: there are no silver bullets. **Emergency Medicine Journal**, v. 35, n. 1, p. 3-4, 2017.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MONTEZELI, J. H. **O trabalho do enfermeiro no pronto-socorro: uma análise na perspectiva das competências gerenciais**. 2009. 135 f. Dissertação (Mestrado)–Universidade Federal do Paraná, Curitiba 2009.

MORAIS FILHO, L. A.; et al. Competência Legal do enfermeiro na urgência/emergência. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 7, n. 1, p. 18-23, 2016.

MOTA, D. F.; et al. Representações sociais da autonomia do enfermeiro para acadêmicos de enfermagem. **Revista Cuidarte**, v. 9, n. 2, p. 2215-32, 2018. Acesso em 14 out. 2018. Disponível em: <<https://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/528/938>>.

MOTTA, A. R. Análise do discurso e ergologia: o sujeito na atividade de trabalho. **MOARA – Revista Eletrônica do Programa de Pós-Graduação em Letras**, v. 1, n. 38, p. 70-80, 2012.

MUNIZ, H. P. Gestão e uso de si na atividade de profissionais de enfermagem em um hospital universitário no rio de janeiro. **Ergologia**, n. 0, p. 23-38, 2008.

NASCIMENTO, E. Infarto agudo do miocárdio: levantamento de sua ocorrência em homens atendidos de 2008-2012 em um serviço de urgência e emergência de Passos (MG). **Revista ciência et praxis**, v. 6, n. 12, p. 29-34, 2017.

NASCIMENTO, E. R. P.; et al. Classificação de risco na emergência: avaliação da equipe de enfermagem. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 84-8, 2011.

NOUROUDINE, A. Risco e atividades humanas: acerca da possível positividade aí presente. In: FIGUEIREDO, M.; et al. **Labirintos do trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo**. Rio de Janeiro: DP&A, 2004.

OHARA, R.; MELO, M. R. A. C.; LAUS, A. M. Caracterização do perfil assistencial dos pacientes adultos de um pronto socorro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 5, p. 749-54, 2010.

OLIVEIRA, G. N.; et al. Perfil da população atendida em uma unidade de emergência referenciada. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 3, p. 548-56, 2011.

PEREIRA, A. C. E.; MENDES, D. P.; MORAES, G. F. S. Do prescrito ao real: a imprevisibilidade e a importância do trabalho coletivo em um centro de usinagem de uma empresa metal-mecânica do interior do Estado de Minas Gerais. **Laboreal**, Porto, v. 13, n. 1, p. 24-38, 2017.

PINNO, C.; CAMPONOGARA, S. O trabalho de enfermeiros em unidade de internação cirúrgica sob a ótica da ergologia. **Biblioteca Lascasas**, v. 11, n. 3, 2015.

PIVOTO, F. L.; et al. Organização do trabalho e a produção de subjetividade da enfermeira relacionada ao processo de enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. e20170014, 2017.

RIBEIRO, J. M. S. Autonomia profissional dos enfermeiros. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, v. ser. III, n. 5, p. 27-36, 2011. Acesso em 16 out. 2017. Disponível em <<http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn5/serIIIIn5a03.pdf>>.

RIBEIRO, R. M.; et al. Caracterização dos pacientes com acidente vascular encefálico atendidos na emergência. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 23, n. 4, p. 78-82, 2016.

RIBEIRO, R. M.; et al. Coping strategies of nurses in hospital emergency care services. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 216-23, 2015.

ROCHA, T. F.; NEVES, J. G.; VIEGAS, K. Escore de alerta precoce modificado: avaliação de pacientes traumáticos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 69, n. 5, p. 906-11, 2016.

ROSA, L. S.; CARDOSO, L. S.; PASSOS, J. Triagem em pronto socorro: o processo de trabalho da equipe de enfermagem. **Anais do Salão Internacional de Ensino, Pesquisa e Extensão**, v. 7, n. 2, 2016.

ROSENFELD, C. L.; ALVES, D. A. Autonomia e trabalho informacional: o teletrabalho. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 54, n. 1, p. 207-33, 2011.

ROSSETTI, A. C.; GAIDZINSKI, R. R.; FUGULIN, F. M. T. Carga de trabalho de enfermagem em pronto-socorro geral: proposta metodológica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. esp., p.1-8, 2013.

SANTOS, E. I.; et al. Comparative study of representations of professional autonomy produced by first and last-period undergraduate nursing students. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 25, p. e2927, 2017a. Acesso em 8 jan. 2019. Disponível em: <<http://www.periodicos.usp.br/rlae/article/view/140850/135887>>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1919.2927.monthdayyearURL>

SANTOS, J. L. G.; et al. Ambiente de trabalho do enfermeiro em um serviço hospitalar de emergência. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 18, n. 2, 2017b.

SANTOS, J. L. G.; et al. Estratégias utilizadas pelos enfermeiros para promover o trabalho em equipe em um serviço de emergência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 37, n. 1, p. e50178, 2016. Acesso em 14 set. 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rngenf/v37n1/0102-6933-rngenf-1983-144720160150178.pdf>>. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.01.50178>.

SANTOS, J. L. G.; et al. Nursing practice in emergency care: systematic review. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Niterói, v. 8, n. 3, 2009. Acesso em 12 out. 2017. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2009.2607/570>>.

SANTOS, J. L. G.; LIMA, M. A. D. S. Gerenciamento do cuidado: ações dos enfermeiros em um serviço hospitalar de emergência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 4, p. 695-702, 2011.

SANTOS, T. M.; CAMPONOGARA, S. Um olhar sobre o trabalho de enfermagem e a ergologia. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 149-63, 2014. Acesso em 22 out. 2017. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v12n1/09.pdf>>.

SCHERER, M. D. A.; PIRES, D. E. P.; SCHWARTZ, Y. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 721-5, 2009. Acesso em 6 jun. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n4/90.pdf>>.

SCHWARTZ, Y. A abordagem do trabalho reconfigura nossa relação com os saberes acadêmicos: as antecipações do trabalho. In: SOUZA, M. C. P.; FAITA, D. (Org.). **Linguagem e trabalho: construção de objetos de análise no Brasil e na França**. São Paulo: Editora Cortez, 2002.

SCHWARTZ, Y.; BARBOSA, V. F.; DI FANTI, M. G. C. **Uma entrevista com Yves Schwartz**. Letrônica, 2016.

SCHWARTZ, Y. Conceituando o trabalho, o visível e o invisível. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, supl. 1, p. 19-45, 2011. Acesso em 22 out. 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v9s1/02.pdf>>.

SCHWARTZ, Y.; DUC, M.; DURRIVE, L. O homem, o mercado e a cidade. In: _____. (Org.). **Trabalho & Ergologia: conversas sobre a atividade humana**. 2. ed. Niterói: EdUFF, 2010. p. 247-73.

SCHWARTZ, Y.; ECHTERNACHT, E. H. O trabalho e a abordagem ergológica: “Usos dramáticos de si” no contexto de uma Central de tele-atendimento ao cliente. **Informática na Educação: teoria & prática**, Porto Alegre, v. 10, n. 2, p. 9-24, 2007.

SCHWARTZ, Y. Entrevista. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 457-66, 2006.

_____. **Le paradigme ergologique ou un métier de philosophe**. Toulouse: Octares, 2000.

SCHWARTZ, Y.; MENCACCI, N. Trajectoire ergologique et genèse du concept d’usage de soi. **Informática na educação: teoria & prática**, Porto Alegre, v. 11, n. 1, p. 9-13, 2008.

SCHWARTZ, Y. Motivações do conceito de corpo-si: corpo-si, atividade, experiência. **Letras de Hoje**, Porto Alegre. v. 49, n. 3, p. 259-74, 2014.

_____. Reflexão em torno de um exemplo de trabalho operário. In: SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L. (Org.). **Trabalho & ergologia: conversas sobre a atividade humana**. 2. ed. Niterói: EdUFF, 2010. p. 37-46.

_____. Risco e atividades humanas: acerca da possível positividade aí presente. In: FIGUEIREDO, M.; et al. **Labirintos do trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo**. Rio de Janeiro: DP&A, 2004a.

_____. Trabalho e gestão: níveis, critérios, instâncias. In: FIGUEIREDO, M.; et al. (Orgs.). **Labirintos do trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo**. Rio de Janeiro: DP&A, 2004b. p. 23-33.

SCHWARTZ, Y. **Conhecer e estudar o trabalho**. Trabalho & Educação. Belo Horizonte, 24, 3, p. 83-89, 2015.

SILVA, D. S.; et al. A liderança do enfermeiro no contexto dos serviços de urgência e emergência. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 16, n. 1, p. 211-9, 2014.

SILVA, L. A. A.; MENEGAT, R. P. A gestão do cuidado em relação à autonomia dos enfermeiros. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, Brasília, v. 5, n. esp., p. 2294-312, 2014.

SIMÕES, A. L. A.; et al. Planejamento: ferramenta do enfermeiro para a otimização dos serviços de enfermagem. **REME: Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 11, n. 4, p. 402-6, 2007.

SOUSA, L. D.; et al. A clínica como prática arborífica e rizomórfica do trabalho em enfermagem cirúrgica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 6, p. 1389-96, 2013. Acesso em 18 set. 2017. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000601389&lng=en&nrm=iso>.

SOUZA, F. G. M.; ERDMANN, A. L.; MAGALHAES, A. L. P. Contornos conceituais e estruturais da pesquisa qualitativa. Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde: da teoria à prática. In: LACERDA, M. R.; COSTENARO, R. G. S. **Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde: da teoria à prática**. Porto Alegre: Moriá, 2015.

SOUZA, J. D.; PESSOA JUNIOR, J. M.; MIRANDA, F. A. N. Stresse em serviço de urgência e os desafios para enfermeiros brasileiros e portugueses. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, v. IV, n. 12, p. 107-16, 2017. Acesso em 14 out. 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn12/serIVn12a12.pdf>>.

SOUZA, M. F. G.; SANTOS, A. D. B.; MONTEIRO, A. I. O processo de enfermagem na concepção de profissionais de Enfermagem de um hospital de ensino. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 2, p. 167-73, 2013.

TEIXEIRA, A. F. J.; et al. Atuação da equipe de enfermagem no atendimento de emergência ao paciente com infarto agudo do miocárdio. **Revista Fafibe On-Line**, Bebedouro, v. 8, n. 1, p. 300-9, 2015. Acesso em 8 jan. 2019. Disponível em:

<<http://unifafibe.com.br/revistasonline/arquivos/revistafafibeonline/sumario/36/30102015185545.pdf>>.

TELLES, A. L.; ALVAREZ, D. Interfaces ergonomia-ergologia: uma discussão sobre trabalho prescrito e normas antecedentes. In: FIGUEIREDO, M.; et al. **Labirintos do trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo**. Rio de Janeiro: DP&A, 2004.

TRINQUET, P. Trabalho e Educação: o método ergológico. **Revista HISTEDBR**, Campinas, v. 10, n. número esp., p. 93-113, 2010.

VIEGAS, M. F. Aproximações entre o conceito de uso de si e a teoria da mais-valia de João Bernardo. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, v. 16, n. 1, p. 107-17, 2013a.

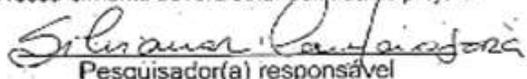
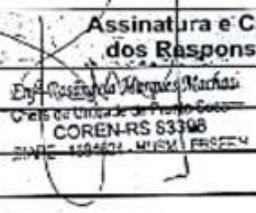
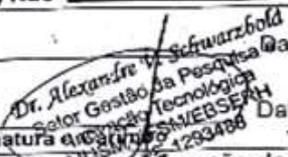
_____. Histórico e conceitos da ergologia: entrevista com Yves Schwartz. **Reflexão e Ação**, v. 21, n. 1, p. 327-40, 2013b.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.

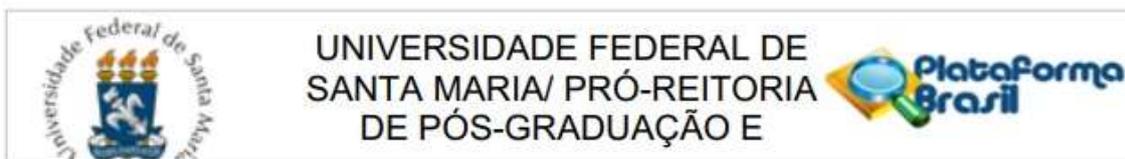
ZAMBIAZI, B. R. B.; COSTA, A. M. Gerenciamento de enfermagem em unidade de emergência: dificuldades e desafios. **RAS. Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 15, n. 61, p. 169-76, 2013.

ANEXOS

ANEXO A – AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL DO HUSM

		Universidade Federal de Santa Maria Hospital Universitário de Santa Maria Gerência de Ensino e Pesquisa do HUSM Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares	
REGISTRO DE PROJETOS			
Nº Inscrição GEP: <u>151/2017</u>		Data: <u>23/11/2017</u>	
Pesquisador(a): <u>SILVIANA CAMPANOSA</u> Função: <u>PROFESSOR</u> SIAPE: <u>+3628A1</u> Telefone: <u>3222-3898</u> Unidade/Curso: <u>ENFERMAGEM</u> E-mail: <u>silviana.camp@ufsm.br</u> Título: <u>A autonomia da enfermeira atuante em pronto-socorro adulto sob a ótica da tecnologia</u>			
TIPO DE PROJETO: <input checked="" type="checkbox"/> Pesquisa () Extensão () Ensino () Institucional FINALIDADE: () TCC () Especialização <input checked="" type="checkbox"/> Mestrado () Doutorado () Pós-Doutorado () Iniciação Científica () Mestrado Profissional () Outros Qual programa? <u>PPGENE - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem</u> TIPO DE PESQUISA: () Inovações Tecnológicas em Saúde () Ciências Sociais e Humanas Aplicadas à Saúde () Epidemiológico () Clínica Epidemiológica Observacional () Infraestrutura () Avaliação de Tecnologia em Saúde () Biomédica (<u>Strito Sensu</u>) () Pré-Clinica <input checked="" type="checkbox"/> Qualitativa () Sistema de Saúde Planejamento e Gestão de Políticas, Programa e Serviços da Saúde () Outras Ações de C & T () Ensaio Clínico: () Fase I () Fase II () Fase III () Fase IV - Multicêntrico: <input checked="" type="checkbox"/> Não () Sim, qual? _____ - Período Execução: Ano (Início): <u>2017</u> , Ano (Término): <u>2018</u> FONTE(S) DE FINANCIAMENTO: () Edital Interno do HUSM () Edital Interno UFMS, qual(is)? _____ () Indústria Farmacêutica () Agência Pública de Fomento Nacional (Capes, Cnpq, Fapergs, etc) () Agência de Fomento Internacional () Outro(s), qual(is)? _____			
GRUPO DE PESQUISA: () Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim, qual? <u>Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem</u> OBS: A fonte de financiamento da pesquisa deverá estar claramente definida no projeto. Caso haja custos para o HUSM a forma de ressarcimento deverá estar definida no projeto.			
 Pesquisador(a) responsável			
AVALIAÇÃO E APROVAÇÃO INSTITUCIONAL			
1 SETORIAL:			
Setores Envolvidos	Concorda com o Projeto	Assinatura e Carimbo dos Responsáveis	
<u>Pronto-Socorro</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não	 COREN-RS 63398 CNPQ 1494624 HUSM/EBSERH	
	() Sim () Não		
	() Sim () Não		
	() Sim () Não		
	() Sim () Não		
	() Sim () Não		
	() Sim () Não		
2 COMISSÃO CIENTÍFICA GEP/HUSM:			
3 GEP/HUSM ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP):			
<u>Aprovado</u>  Data: <u>29/11/17</u> Assinatura e Carimbo do SIAPE/EBSERH Data: <u>29/11/17</u>			
ATENÇÃO: A pesquisa só poderá ser iniciada após aprovação do CEP/UFMS e entrega do parecer consubstanciado na GEP/HUSM.			

ANEXO B – COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A AUTONOMIA DO ENFERMEIRO ATUANTE EM PRONTO-SOCORRO ADULTO SOB A ÓTICA DA ERGOLOGIA

Pesquisador: SILVIAMAR CAMPOGARA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 80622917.6.0000.5346

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.457.876

Apresentação do Projeto:

O pronto-socorro oferece atendimento de urgência e emergência e têm características peculiares, que influenciam na organização e no gerenciamento do cuidado. O enfermeiro para desenvolver seu trabalho com autonomia precisa agir com atitude, conhecimento, ética e respeito, com capacidade de resolver as diversas situações encontradas e prestar a assistência necessária. O presente estudo tem como objetivo conhecer como ocorre o exercício da autonomia por enfermeiros atuantes em pronto socorro sob a ótica da ergologia. Caracteriza-se por um estudo de caso, com abordagem metodológica qualitativa. Será realizado na Unidade de pronto-socorro do Hospital Universitário de Santa Maria com os enfermeiros atuantes no momento da produção de dados. Para obtenção dos dados será utilizada a triangulação de dados, com base em: pesquisa documental, observação não participante e entrevista semi-estruturada. Estes dados serão submetidos à análise de conteúdo com base no referencial proposto por Minayo, à luz do referencial teórico da ergologia. Serão respeitados todos os princípios éticos relativos à pesquisa com seres humanos. Este estudo pretende contribuir para a enfermagem como ciência, uma vez que esta é uma lacuna do conhecimento, oferecendo subsídios que oportunizem ampliar a autonomia do enfermeiro em sua prática laboral em unidades de pronto socorro.

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar

Bairro: Camobi

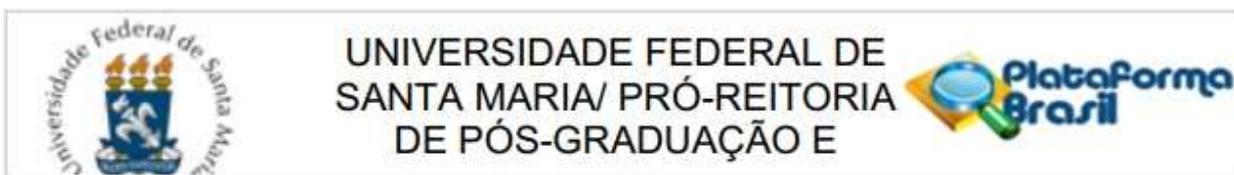
CEP: 97.105-970

UF: RS

Município: SANTA MARIA

Telefone: (55)3220-9362

E-mail: cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.457.876

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário: conhecer como ocorre o exercício da autonomia por enfermeiros no pronto-socorro sob a ótica da ergologia.

Objetivos secundários:

- Conhecer como ocorre o trabalho do enfermeiro no pronto-socorro;
- Identificar os fatores que facilitam e que dificultam o exercício da autonomia pelos enfermeiros;
- Conhecer quais estratégias são utilizadas pelos enfermeiros, a fim de possibilitar o exercício da autonomia no seu ambiente de trabalho.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: entende-se que a participação nessa pesquisa não apresenta risco físico, porém poderá ocasionar possível cansaço e constrangimento durante a entrevista. No entanto, a pesquisadora estará disponível para prestar esclarecimentos ou fazer os encaminhamentos necessários. E ainda diante de tais situações, os participantes poderão interromper sua participação, em qualquer momento da pesquisa.

Benefícios: os benefícios desta pesquisa são indiretos, estando relacionados a melhorias no processo de trabalho da enfermagem no local do estudo; ainda, os dados gerados fornecerão subsídios para a construção de conhecimento científico na Área de Enfermagem, bem como para novas pesquisas a serem desenvolvidas sobre essa temática.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

.

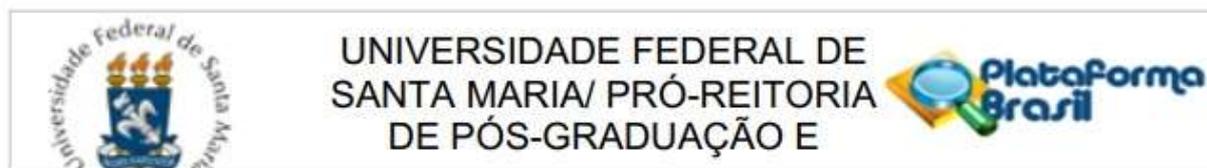
Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados.

Recomendações:

Veja no site do CEP - <http://w3.ufsm.br/nucleodecomites/index.php/cep> - na aba "orientações gerais", modelos e orientações para apresentação dos documentos. ACOMPANHE AS ORIENTAÇÕES

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
 Bairro: Camobi CEP: 97.105-970
 UF: RS Município: SANTA MARIA
 Telefone: (55)3220-9362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA
DE PÓS-GRADUAÇÃO E**

Continuação do Parecer: 2.457.876

DISPONÍVEIS, EVITE PENDÊNCIAS E AGILIZE A TRAMITAÇÃO DO SEU PROJETO.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências foram respondidas de forma adequada, levando a aprovação do presente projeto.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1044021.pdf	19/12/2017 10:20:06		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoPesquisa.pdf	19/12/2017 10:17:56	SILVIAMAR CAMPONOVARA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	19/12/2017 10:17:30	SILVIAMAR CAMPONOVARA	Aceito
Outros	TermoDeConfidencialidade.pdf	01/12/2017 16:19:25	SILVIAMAR CAMPONOVARA	Aceito
Outros	projeto_59040.pdf	01/12/2017 09:19:34	SILVIAMAR CAMPONOVARA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracaoHusm.pdf	01/12/2017 08:28:13	SILVIAMAR CAMPONOVARA	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	01/12/2017 08:26:03	SILVIAMAR CAMPONOVARA	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	01/12/2017 08:25:06	SILVIAMAR CAMPONOVARA	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	01/12/2017 08:23:56	SILVIAMAR CAMPONOVARA	Aceito

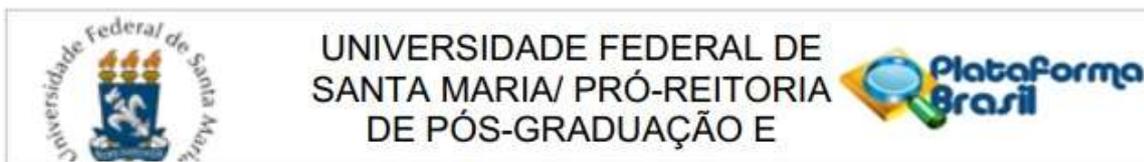
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
 Bairro: Camobi CEP: 97.105-970
 UF: RS Município: SANTA MARIA
 Telefone: (55)3220-9362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.457.876

SANTA MARIA, 28 de Dezembro de 2017

Assinado por:
CLAUDEMIR DE QUADROS
(Coordenador)

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
Bairro: Camobi **CEP:** 97.105-970
UF: RS **Município:** SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com

APÊNDICES

APÊNDICE A – ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA

Dia:

Tempo de observação:

Turno:

Quantos enfermeiros observados:

Enfermeiro observado: () triagem () observação () corredor

1. Quantos pacientes estão em observação no pronto-socorro e quantos internados.
2. Os pacientes em observação estão em números ideais preconizados pela instituição? Macas extras? Quantas?
3. Quantos enfermeiros estão trabalhando na Unidade.
4. Condutas apontadas nas prescrições médicas e de enfermagem.
5. Procedimentos de enfermagem realizados com consulta as prescrições médicas.
6. Procedimentos realizados baseados exclusivamente nos saberes do enfermeiro.
7. No momento da emergência, é consultado algum protocolo?
8. Enfermeiro demonstra autonomia com a equipe de enfermagem/medica/demais prof:
9. Enfermeiro demonstra agilidade e segurança nas atividades?
10. Enfermeiro orienta/conversa com sua equipe de enfermagem?
11. Enfermeiro conversa com o paciente? Com o familiar? Se identifica?
12. Escala está completa no turno?
13. Há capacitações para a equipe de enfermagem?

**APÊNDICE B – ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADA
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**

ROTEIRO GUIA PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Caracterização do participante: E _____ Data: _____

Data de nascimento: _____ Sexo: () F ou () M

Estado civil: () solteiro(a) () casado(a) () viúvo(a) () companheiro(a)

Tempo de graduação em Enfermagem: _____

Desde quando você trabalha no hospital? _____ E no Pronto-socorro? _____

Vínculo empregatício: () Servidor público federal regido pelo regimento jurídico único

() Servidor federal regido pela Consolidação das Leis do Trabalho – EBSERH

Escolaridade () graduação () especialização em: _____

() residência () mestrado () doutorado Outro: _____

Faz capacitações periódicas? () sim () não Quais? _____

Periodicidade?

1. Fale sobre o seu trabalho no pronto-socorro? (O que você faz desde o momento que chega na unidade até a hora de ir embora?)
2. Você poderia falar sobre como você organiza o seu trabalho neste setor?
3. Como você age frente ao atendimento de paciente em situações de urgência e emergência?
4. Como você vê a utilização de protocolos (normas, POPs) assistenciais no seu trabalho de enfermeiro?
5. Na sua prática cotidiana, você sente necessidade de fazer readequações nestas normatizações?
6. Para você o que é ter autonomia profissional?
7. O que você pensa quando falamos em autonomia do enfermeiro no trabalho em pronto-socorro?
8. Na sua opinião, no seu trabalho, quais os aspectos que podem facilitar o exercício de SUA autonomia?
9. Na sua opinião, no seu trabalho, quais os aspectos que podem dificultar o exercício de SUA autonomia?
10. Como que percebe a sua autonomia frente a equipe multiprofissional?
11. Gostaria de acrescentar algo mais sobre o que foi discutido?

APÊNDICE C – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Título do Projeto: A autonomia do enfermeiro atuante em pronto-socorro adulto sob a ótica da ergologia

Pesquisador responsável: Profa. Enfa. Dra. Silviamar Camponogara

Instituição/Departamento: Departamento de Enfermagem – Universidade federal de Santa Maria (UFSM) – Programa de Pós-Graduação em enfermagem (PPGEnf).

Telefone para contato: 3220-8263

Local da coleta de dados: Hospital Universitário de Santa Maria, Santa Maria/RS.

A pesquisadora do presente projeto se compromete em preservar a privacidade dos participantes envolvidos, cujos dados serão coletados por meio de gravação das entrevistas, em local seguro e previamente agendado, e a realização da observação não participante e pesquisa documental, durante os meses de janeiro a abril de 2018. Estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto e somente poderão ser divulgadas de forma anônima, sendo mantidas em um arquivo confidencial no computador de uso exclusivo da pesquisadora responsável, na UFSM - Avenida Roraima, 1000, prédio 26, sala 1339 - 97105-900 - Santa Maria - RS, por um período de cinco anos. Ficando sob responsabilidade do pesquisador responsável. Após este período, os dados serão destruídos.

Santa Maria,de..... de 2018.

.....

Silviamar Camponogara

CI 8043999096

COREN 5889

APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Título do Projeto: A autonomia do enfermeiro atuante em pronto-socorro adulto sob a ótica da ergologia.

Pesquisador responsável: Profa. Enfa. Dra Silviamar Camponogara

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria/Curso de Pós-Graduação em Enfermagem.

Telefone e endereço postal completo: (55) 3220-8263.; Av. Roraima, s/n, prédio 26, sala 1339. Cidade Universitária, Bairro Camobi. CEP: 97105-900 - Santa Maria (RS), Brasil.

Local da coleta de dados: PS/HUSM.

Eu, Mônica Strapazzon Bonfada, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM, sob orientação da Professora Doutora Silviamar Camponogara, o convidamos para participar como voluntário do estudo intitulado “A autonomia do enfermeiro atuante em pronto-socorro adulto sob a ótica da ergologia”.

Esta pesquisa pretende conhecer como ocorre o exercício da autonomia por enfermeiros do pronto-socorro sob a ótica da ergologia do Hospital Universitário de Santa Maria. Acreditamos que ela seja importante pois poderá contribuir para o crescimento da profissão no ambiente hospitalar. Para a sua realização você será observado. A observação tem o intuito de identificar as ações empreendidas pelos enfermeiros na realização de suas atividades. Ainda será utilizada a pesquisa documental, em que serão analisados documentos (prescrições médicas, evoluções de enfermagem, relatórios de enfermagem, Procedimentos Operacionais Padrão (POP), prontuário do paciente e livro de registros de Enfermagem, entre outros documentos).

Os dados das observações serão registrados por escrito em diário de campo, assim como os da pesquisa documental.

Será realizada uma entrevista, a qual será gravada em um gravador digital e, posteriormente digitada (transcrita), sendo guardada por cinco anos em um arquivo confidencial no computador de uso exclusivo da pesquisadora responsável, na sala 1339 do Centro de Ciências da Saúde da UFSM, após este período, os dados serão destruídos. Caso eu não deseje que seja gravada a entrevista, a minha vontade será respeitada;

Quanto aos riscos, entende-se que a participação nessa pesquisa não apresenta risco físico, porém as questões da entrevista podem mobilizar sentimentos ou desconfortos de quaisquer tipos, ainda poderá ocasionar possível cansaço físico e constrangimento ao responder à entrevista. No entanto a pesquisadora estará disponível para prestar esclarecimentos ou fazer os encaminhamentos necessários dentro do próprio serviço hospitalar.

E ainda diante de tais situações, os participantes poderão interromper sua participação em qualquer momento da pesquisa.

Os benefícios desta pesquisa são indiretos, estando relacionados a melhorias no processo de trabalho da enfermagem no local do estudo; ainda, os dados gerados fornecerão subsídios para a construção de conhecimento na Área de Enfermagem, bem como para novas pesquisas a serem desenvolvidas sobre essa temática., gerando conhecimento científico sobre o assunto

Durante todo o período da pesquisa você terá a possibilidade de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento. Para isso, entre em contato com algum dos pesquisadores ou com o Comitê de Ética em Pesquisa.

Contato do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM: Avenida Roraima, Prédio da Reitoria, número 1000 - 97105-900 -Santa Maria – RS – 2º andar do prédio da Reitoria. Telefone: (55) 3220-9362; E-mail: cep.ufsm@gmail.com 55

Você tem garantida a possibilidade de não aceitar participar ou de retirar sua permissão a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo pela sua decisão.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e poderão ser divulgadas, apenas, em eventos ou publicações, sem a identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação. Mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados, receberá um código de E, seguido do número ordinal (ex. E1, E2...).

Você não terá nenhum gasto relacionado à sua participação na pesquisa; estes serão assumidos pelos pesquisadores. Fica, também, garantida indenização em casos de danos comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa.

Após ser esclarecida(o) sobre as informações, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Foi desenvolvido respeitando a Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Em caso de recusa você não será penalizada(o) de forma alguma.

Ao final desta pesquisa, os resultados serão divulgados e publicados na forma de Dissertação para o Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e na forma de artigos científicos. Sendo assim, as informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis.

Autorização

Eu, _____, após a leitura ou a escuta da leitura deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável para esclarecer todas as minhas dúvidas, estou suficientemente informado, ficando claro para que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade. Diante do exposto e de espontânea vontade, expressei minha concordância em participar deste estudo e assino este termo em duas vias, uma das quais foi-me entregue.

Assinatura: _____.

Assinatura do responsável pela pesquisa: _____.

Santa Maria/RS ____, _____ de 2018.