

MÁRCIA ADRIANA POLL

ATENDIMENTO EM UMA UNIDADE DE EMERGÊNCIA: ORGANIZAÇÃO E ÉTICA

**RIO GRANDE
2007**

**FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

ATENDIMENTO EM UNIDADE DE EMERGÊNCIA: ORGANIZAÇÃO E ÉTICA

MÁRCIA ADRIANA POLL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Fundação Universidade Federal do Rio Grande, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Área de Concentração: Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa Ética, Educação e Saúde.

Orientadora: Dr^a Valéria Lerch Lunardi

**Rio Grande
2007**

P771 Poll, Márcia Adriana

Atendimento em unidade de emergência: organização e ética / Márcia Adrioana Poll. Rio Grande: FURG, 2007. 119p.

Dissertação (Mestrado)- Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Fundação Universidade de Rio Grande, 2007.

1. Ética e Saúde 2. Ambiente Hospitalar 3. Atendimento urgência e emergência I. Título II. Lunardi, Valéria Lerch (orient.)

CDU: 17: 616-083

Catlogação na Fonte de Cristiane Oliveira dos Santos CRB10/1617

MÁRCIA ADRIANA POLL

ATENDIMENTO EM UNIDADE DE EMERGÊNCIA: ORGANIZAÇÃO E ÉTICA

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

Mestre em Enfermagem

e aprovada na sua versão final em (data), atendendo às normas da legislação vigente da Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Enfermagem e Saúde.

Dr. Wilson Danilo Lunardi Filho
Coordenador do Programa

BANCA EXAMINADORA:

Dr.(a) Valéria Lerch Lunardi
Presidente - FURG

Dr.(a) Maria Alice da Silva Lima
Membro (UFRGS)

Dr. Luiz Antônio Bettinelli
Membro (UPF)

Dr.(a) Giovana Calgano Gomes
Membro (FURG)

Quando me dou conta que
nasci para descobrir, recriar,
aprender, ensinar e amar, olho
ao meu redor e vejo que meu
anseio em busca de
conhecimento reside nessas
razões, mas a maior delas é
poder, como agora, dedicar
este estudo a quem merece o
meu amor mais puro e
elevado.

Para ***Victória, Valentina e Fábio.***

AGRADECIMENTOS

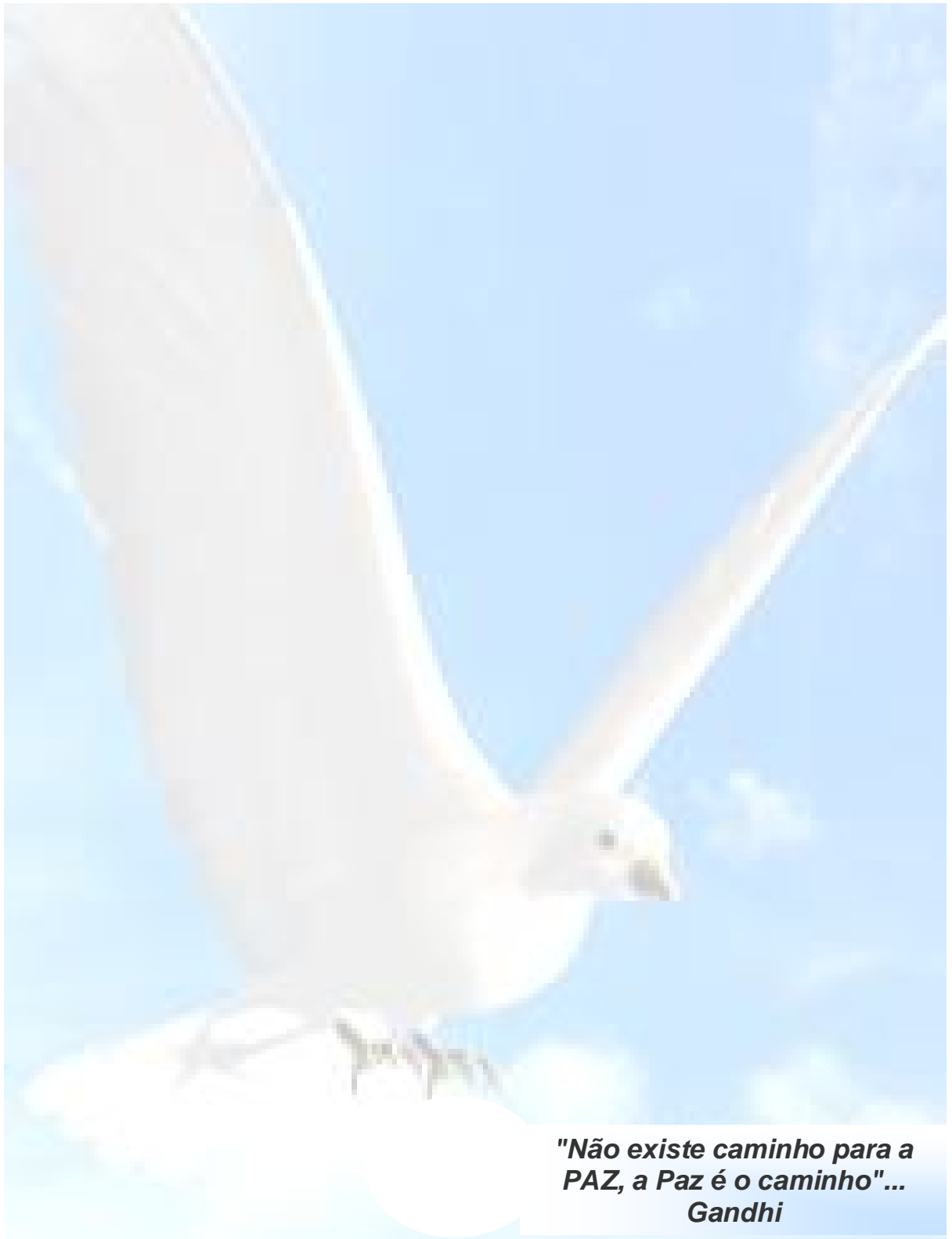
A gratidão, atributo da alma, move-me a reconhecer que estou no mundo rodeada de pessoas que de alguma forma facilitaram esta trajetória. Recordá-las neste instante é confessar que estão guardados no meu coração.

Meu muito obrigada:

- ✚ aos meus familiares muitas vezes privados de minha presença;
- ✚ aos colegas de caminhada, especialmente a Cenir Gonçalves Tier
- ✚ a Dalvina Andréia de Mello, Jussara Daltrozo Gutierrez, Valderesa Binotto, Lourdes Solange Schmidt;
- ✚ à minha orientadora, Dra. Valéria Lunardi;
- ✚ aos professores do curso.

Meu agradecimento mais especial à equipe de saúde e aos funcionários do PA, os quais foram os sujeitos da investigação e colaboradores da construção deste trabalho.

“Ninguém sabe tudo, assim como ninguém ignora tudo. O saber começa com a consciência do saber pouco. É sabendo que se sabe pouco que uma pessoa se prepara para saber mais. O homem, como um ser histórico, inserido num permanente movimento de procura, faz e refaz constantemente o seu saber” (Paulo Freire).



***"Não existe caminho para a
PAZ, a Paz é o caminho"...***
Gandhi

RESUMO

POLL, Márcia Adriana. **Atendimento em unidade de emergência: organização e ética.** 2007. 116 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

A violência e o trauma são dois grandes problemas epidemiológicos da atualidade, estando diretamente relacionados ao aumento da demanda de atendimento nas instituições de saúde, com sérios questionamentos acerca de questões organizacionais e éticas vivenciadas pelos profissionais de saúde frente a esta nova problemática. Assim, este estudo tem como objetivo conhecer as possíveis relações entre a organização do serviço e as questões éticas presentes no atendimento dos pacientes acometidos de trauma e violência. O estudo caracteriza-se como qualitativo, do tipo exploratório-descritivo, cujos dados foram colhidos em um Serviço de Pronto Atendimento (PA) localizado em um hospital da região Noroeste do Rio Grande do Sul, mediante observações do ambiente de trabalho e dos atendimentos prestados às vítimas; e de entrevistas semi-estruturadas com quatorze integrantes da equipe de saúde. Da análise dos dados emergiram três categorias: **“Qualificação da equipe como uma questão ética”**, enfocando aspectos relacionados à seleção, capacitação e qualificação dos profissionais, além da necessidade de protocolos que orientem as ações prioritárias e diferentes atribuições no atendimento; a segunda categoria, intitulada **“Precariedade de recursos como uma questão ética: espaço físico, materiais e equipamentos”**, analisa, a partir do que preceitua a legislação, o existente no ambiente de trabalho, focalizando as diferenças mais relevantes, capazes de comprometer o atendimento aos usuários; a terceira categoria denominada **“Alta demanda do PA versus organização do serviço”** aborda a grande procura por atendimentos de baixa complexidade, no PA, acarretando sua superlotação, além de sobrecarga de trabalho e sofrimento à equipe de saúde, o que está associado a fragilidades do atendimento da rede básica de saúde. O trabalho demonstra que o modo como o serviço está organizado no que se refere aos recursos humanos, materiais e rotinas de funcionamento, decididas administrativamente e aceitas pelos trabalhadores, têm implicações éticas tanto no atendimento dos usuários, e no seu processo de viver e morrer, quanto para os próprios trabalhadores que ali atuam. O fato de maior relevância, citado por todos os entrevistados se refere à falta de qualificação dos recursos humanos voltada especificamente, para o atendimento às vítimas de causas externas.

Descritores: Pronto-Atendimento. Organização. Ética. Causas Externas.

ABSTRACT

POLL, Marcia Adriana. **Service in unit of emergency**: organization and ethics. 2007. 116 p. Dissertation (Master in Nursing) - Program of Post Graduation in Nursing, Fundação Universidade Federal do Rio Grande.

The violence and the trauma are two great problems epidemiologists of the present time, being directly related to the increase of the demand of attendance in the health institutions, with serious questionings concerning organizational and ethical questions lived deeply by the professionals of health new front to this problematic one. Thus, this study it has as objective to know the possible relations between the ethical organization of the service and questions gifts in the attendance of the patients of trauma and violence. The study it characterizes as qualitative, of the type exploratory-description, whose given they had been harvested in a Service of Ready Attendance (PA) located in a hospital of the region the Northwest of the Rio Grande do Sul, by means of comments of the environment of work and the attendance given to the victims; e of interviews half-structuralized with fourteen integrant ones of the health team. Of the analysis of the data, three categories had emerged: "Qualification of the team as an ethical question", focusing aspects related to the election, and qualification of the professionals, beyond the necessity of protocols that guide the with priority actions and different attributions in the attendance; the second category, entitled "Precariousness of resources as an ethical question: physical space, materials and equipment ", analyze, from the legislation, existing in the work environment, focusing the differences most excellent, capable to compromise the customer service; the third called category "Hgh demand of the PA versus organization of the service" approaches the great search for attendance of low complexity, in the PA, causing its super capacity, beyond overload of work and suffering to the health team, what it is associated the fragilities of the attendance of the basic net of health. The work demonstrates that the way as the service is organized as for the human resources, material and routines of functioning, determined and administratively accepted for the workers, they in such a way have ethical implications in the attendance of the users, and in its process of living and dying, how much for the proper workers who act there. The fact of bigger relevance, cited for all the interviewed ones if relates specifically to the no qualification of the human resources come back, toward the attendance of the victims external causes.

Descriptors: Emergency Service. Organization. Ethical. External Causes.

RESUMEN

POLL, Márcia Adriana. **Servicio en la unidad de la emergencia**: la organización y la ética. 2007. 116 p. La disertación (Magistral en la Enfermería) - Programa de Postgraduación en la Enfermería, del Fundação Universidade Federal de Rio Grande.

La violencia y el trauma son dos grandes problemas epidemiológicos del actual tiempo, directamente siendo relacionado con el aumento de la demanda de la atención en las instituciones de la salud, con serios cuestionamientos referentes a las organizaciones y la ética vividos profundamente por los profesionales frente a la nueva problemática de la salud. Así, este estudio tiene como objetivo saber las relaciones posibles entre la organización y la ética del servicio y la atención a los pacientes acometidos del trauma y de la violencia. El estudio se caracteriza como cualitativo, del tipo exploratorio-descriptivo, que dado habían sido cosechados en un servicio de la atención lista (PA) situado en un hospital de la región del noroeste de Rio Grande do Sul, por medio de las observaciones del ambiente del trabajo y de los atendimientos dados a las víctimas; e de las entrevistas libres y estructuradas con catorce integrantes del equipo de la salud. Del análisis de los datos, tres categorías habían emergido: "Calificación del equipo como una cuestión ética", "los aspectos que se relacionan con la elección", "la capacitación y calificación de los profesionales, más allá de la necesidad de los protocolos que dirigen con acciones de prioridad y diversas atribuciones en la atención"; la segunda categoría, intitulada "Precariedad de los recursos como cuestión ética: el espacio, los materiales y el equipo físicos", analizan, de ese precepto la legislación, existiendo en "el ambiente del trabajo, enfocando las diferencias más explícitas, capaces de comprometer el servicio de cliente"; la tercera categoría llamada "alta demanda del PA y la organización del servicio" acerca a la gran búsqueda para los atendimientos de la complejidad baja, en el PA, causando su supercapacidad, más allá de la sobrecarga de trabajo y sufriendo al equipo de la salud, que se asocia las fragilidades de la atención de la red básica de la salud. El trabajo demuestra que la manera como el servicio está organizado en cuanto a los recursos humanos, materiales y las rutinas del funcionamiento, determinadas y administrativamente aceptadas por los trabajadores, ellos de tal manera tiene implicaciones éticas en la atención de los usuarios, y en su proceso de vivir y de morir, cuánto para los trabajadores apropiados que actúan allí. El hecho de una importancia más grande, citado para todos los entrevistados con si se relaciona específicamente con la ausencia de calificación de los recursos humanos se vuelve, hacia la atención de las víctimas de causas externas.

Descritores: Pronto Socorro. Organización. Ética. Causas Externas.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 MARCO TEÓRICO	19
2.1 ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE.....	19
2.2 ÉTICA E O SERVIÇO DE SAÚDE.....	22
2.2.1 O princípio da autonomia.....	23
2.2.2 Princípio da não maleficência.....	24
2.2.3 Princípio da beneficência.....	25
2.2.4 Princípio da justiça.....	26
2.3 CONTEXTUALIZANDO O TRAUMA E A VIOLÊNCIA E SUA REPERCUSSÃO NO SISTEMA DE SAÚDE.....	29
2.4 O ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS COMO UMA QUESTÃO ÉTICA E ORGANIZACIONAL.....	32
3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	40
3.1 TIPO DE PESQUISA.....	40
3.2 LOCAL DA PESQUISA.....	40
3.3 MÉTODO DE COLETA DE DADOS.....	42
3.4 SUJEITOS.....	45
3.5 MÉTODO DE ANÁLISE DOS DADOS.....	46
3.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	47
3.7 DESCRIÇÃO DO AMBIENTE DE TRABALHO.....	47
4 ANÁLISE DOS DADOS	54
4.1 A QUALIFICAÇÃO DA EQUIPE COMO UMA QUESTÃO ÉTICA.....	55
4.1.1 O favorecimento do atendimento a emergência por meio do uso de protocolos.....	56
4.2 PRECARIIDADE DE RECURSOS COMO UMA QUESTÃO ÉTICA: ESPAÇO FÍSICO, MATERIAIS E EQUIPAMENTOS.....	69
4.3 ALTA DEMANDA DO PA <i>VERSUS</i> ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO..	80
4.3.1 Rede básica X PA: opção do paciente.....	81
4.3.2 Os recursos humanos e sua influência na organização do PA.....	84
4.3.3 O sofrimento decorrente de conflitos morais e dilemas éticos.....	89
CONSIDERAÇÕES FINAIS	95
REFERÊNCIAS	99
ANEXOS e APÊNDICES	105

1 INTRODUÇÃO

Muitos são os fatores que envolvem o trabalho de uma equipe de saúde numa unidade de emergência. São questões organizacionais e, principalmente, éticas que exigem dos profissionais (enfermeira, médicos e técnicos de enfermagem) que atuam nesse serviço, uma constante atualização do conhecimento para estarem capacitados a atender à crescente demanda de vítimas de trauma e de violência, classificada como “causas externas¹”, na nomenclatura da Classificação Internacional das Doenças (CID). Enfrentam, ainda, outras dificuldades cristalizadas no sistema de saúde hospitalar, podendo estar relacionadas à organização das instituições, estando associada à superlotação de pacientes, carência qualitativa e quantitativa de recursos humanos (RH), de equipamentos e de materiais, estrutura física inadequada, sobrecarga de trabalho, banalização do sofrimento da equipe de saúde e do próprio paciente, dentre outros.

Deste modo, princípios éticos são feridos, quando profissionais de saúde se submetem a situações desfavoráveis de trabalho na unidade de emergência, sem condições de oferecer aos usuários um suporte adequado, por falta de recursos materiais, humanos e de qualificação profissional; mesmo assim, oferecem o atendimento sem que a população saiba da verdadeira realidade do funcionamento do serviço, colocando, às vezes, em risco a vida do paciente e, em algumas circunstâncias, impedindo a busca de um melhor tratamento em outro local. Sendo assim, o que se vê na prática é que, geralmente, locais de referência ao atendimento a situações de urgência e emergência como os traumas em geral, estão estruturalmente desorganizados e despreparados para atender ao que se propõem e, principalmente, sem profissionais capacitados para atuarem no recebimento desta população.

¹ Os acidentes e as violências configuram um conjunto de agravos à saúde, e que pode ou não levar a óbito, no qual se incluem as causas ditas acidentais - devidas ao trânsito, trabalho, quedas, envenenamentos, afogamentos e outros tipos de acidentes - e as causas intencionais (agressões e lesões autoprovocadas). Esse conjunto de eventos consta na Classificação Internacional de Doenças - CID (OMS, 1985 e OMS, 1995) - sob a denominação de causas externas. Quanto à natureza da lesão, tais eventos e/ou agravos englobam todos os tipos de lesões e envenenamentos, como ferimentos, fraturas, queimaduras, intoxicações, afogamentos, entre outros (BRASIL, 2007).

Os serviços de atendimento à saúde estão organizados “submetendo a qualidade do trabalho à produção e direcionada em maior escala aos interesses econômicos e em escala muito menor à promoção do homem, seja como cliente, seja como profissional” (LUNARDI FILHO, 2004, p. 40). Há uma necessidade de reflexão na busca da ética como profissionais, numa tentativa de romper com a subalternidade e a submissão ao sistema organizacional para, assim, prestar atendimento, respeitando o indivíduo em sua integralidade nos serviços de saúde.

Considerando as questões ético-organizacionais acima levantadas, vivenciadas nas unidades de emergência, desenvolveu-se esta pesquisa abordando problemas relacionados ao atendimento de causas externas, cujo elevado número de vítimas vem exigindo uma atenção crescente à organização das instituições, ao conhecimento da equipe que presta o atendimento e à ética profissional que permeia as atitudes e as ações da equipe, desde o preparo que antecede a chegada da vítima, seu percurso de entrada, até sua saída desse serviço, de modo a responder adequadamente a esta alta demanda.

A realidade social vivenciada, hoje, no país, apresenta um crescente índice de morbimortalidade, ocasionado por causas externas. Conforme Minayo (2005), acidentes e violência encontram-se em segundo lugar em mortalidade, abaixo somente das enfermidades cardiovasculares. Portanto, os indivíduos vítimas de traumas tornam-se população alvo das unidades de emergência.

A mudança do perfil epidemiológico das doenças, nos últimos 30 anos, fez com que enfermidades infecciosas e parasitárias, vinculadas às condições e hábitos de vida, dividissem seu lugar no *ranking* com doenças ocasionadas por causas externas, passando a ficar mais restritas a regiões menos desenvolvidas, enquanto as ocasionadas por trauma e violência, encontram-se em todos os locais, e independem da classe social (MINAYO, 2005; SARTI, 2005; MINAYO, 1994; DESLANDES, 2002), como se evidencia a seguir:

[...] a mortalidade de jovens e adultos por causas externas vem aumentando e se generalizando em todo o território nacional, atingindo com mais intensidade um segmento populacional que está em plena fase produtiva e é sobrevivente de um período onde as taxas de mortalidade infantil eram extremamente elevadas. Esse fenômeno resulta em custos sociais altíssimos pois, primeiro, os investimentos realizados durante a infância são anulados, poucos anos depois, pela morte prematura dos jovens do sexo masculino; segundo, pelos custos de internação desses jovens, vítimas de acidentes de trânsito, homicídio, etc. (BRASIL, 2002, p. 12).

Diante de extremas desigualdades sociais e considerando as dimensões continentais do país, é possível deparar-se com regiões subdesenvolvidas e concomitantemente regiões superdesenvolvidas, com um elevado índice de qualidade de vida. Este contraste social, gerador de violência, torna-se de difícil compreensão e discussão no âmbito da saúde, pois os profissionais dessa área estão predominantemente vinculados a modelos biomédico e tecnicista, voltados, principalmente, para as questões físicas e não para a integralidade do indivíduo e sua relação com o meio (MINAYO, 2005; LEAL; LOPES, 2005; SARTI, 2005).

Nas Américas, em países de alta renda, os acidentes automobilísticos são suas principais causas de óbitos; já em países de baixa e média renda, a causa é a violência entre pessoas conforme o Prehospital Trauma Life Support (PHTLS, 2004)². No mundo, 10,7% das mortes são devidas a causas externas; já no Brasil, esse percentual é de 13,2%. Enquanto no mundo predomina o acidente automobilístico como o principal agente de morte, no Brasil, seu principal agente etiológico é a agressão interpessoal (33,9%), seguido por acidentes com veículos automotores (29,9%), e provocados por outras causas (36,2%) (DRUMOND, 2005).

O impacto pode ser mais bem entendido quando se faz uma avaliação dos Anos de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP), devido ao trauma e à violência que atingem crianças, jovens e adultos jovens, numa faixa etária de 5 aos 49 anos de idade no Brasil, comparados à expectativa de vida de 71,3 anos, atingida em 2003, e que poderia ser bem maior, em torno de 73,8 anos, se não houvesse tantas mortes ocasionadas por causas externas, acometendo, principalmente a população masculina jovem. Nesta comparação de anos de vida potencialmente perdidos com a expectativa de vida da população brasileira, há uma média de Vida Perdida em torno de 30% como dizem Minayo (2005), Leal (2004) e como consta na Portaria 2048/2002, divulgada no documento Política Nacional de Atenção às Urgências (BRASIL, 2004a).

O trauma pode ser definido “[...] como um evento nocivo que advém da liberação de formas específicas de energia ou de barreiras físicas ao fluxo normal de energia” (PHTLS, 2004, p. 15), enquanto que “a violência consiste em ações humanas individuais, de grupos, classes, nações, ou omissões, que ocasionam a

² PHTLS (traduzido para a Língua Portuguesa como Suporte de Vida ao Trauma no Pré-Hospitalar)

morte de seres humanos, ou afetam sua integridade física, moral, mental ou espiritual” (MINAYO, 2005, p. 57). Dessa forma, os traumas e a violência configuram-se em eventos ou lesões que podem ou não levar à morte, denominados de “Causas Externas”, cuja grande variabilidade representa:

[...] inicialmente um grande obstáculo no estudo e na sua prevenção. Por exemplo, o que um quadril fraturado decorrente de uma queda de uma pessoa idosa tem em comum com um ferimento de arma de fogo autoinfligido à cabeça de um jovem adulto? Todas as causas de trauma, de colisões com veículos, passando por esfaqueamentos e suicídios até afogamentos, têm uma coisa em comum: transferência de energia (PHTLS, 2004, p. 15).

Frente à contundência da violência e de seu impacto na saúde os profissionais desta área necessitam alertar-se de sua gravidade. O atendimento ao usuário em um hospital de emergência está voltado à lesão causada pelo trauma e não inclui um "olhar" à violência, pois esta deixa de ser considerada um problema de saúde, e em muitos atendimentos não se identifica como causa do trauma (LEAL; LOPES, 2005). Ainda,

[...] até bem pouco tempo, [...] o setor saúde olhou para o fenômeno da violência como um expectador, um contador de eventos, um reparador de estragos provocados pelos conflitos sociais, (considerados externos a ele), tanto nas situações cotidianas como nas emergenciais, provocadas por catástrofes, guerras, genocídios e terror político (MINAYO, 2005, p. 56).

O trauma é uma doença de difícil tratamento e extremamente cara, por isso, há necessidade de um sistema verdadeiramente integrado de atendimento, por meio de políticas públicas eficientes, para se tentar reduzir sua mortalidade em até 50% dos casos. É mundialmente conhecido que de 100% dos traumas decorrentes de causas externas, 50% morre imediatamente. Dos 50% restantes, 30% apresentam morte precoce nas primeiras 4 horas e 20% morte tardia, ou seja, morrem nas próximas semanas, sendo esta a população que necessita de atendimento rápido, qualificado e especializado, para aumentar a sobrevivência (PHTLS, 2004). Assim, conforme a categorização trimodal para óbitos em trauma:

A primeira fase de óbitos ocorre desde poucos minutos até uma hora após o evento. Essas mortes ocorreriam mesmo com o pronto atendimento médico. A melhor forma de combater esses óbitos é com a prevenção do trauma e estratégias de segurança. A segunda fase de mortes ocorre nas primeiras horas após o incidente. Esses óbitos podem ser prevenidos com um bom atendimento pré-hospitalar e hospitalar. A terceira fase ocorre desde alguns

dias até várias semanas após o trauma. Esses óbitos geralmente ocorrem por falência de múltiplos órgãos. [...] no entanto, uma abordagem precoce e agressiva do choque na fase pré-hospitalar pode prevenir alguns desses óbitos (PHTLS, 2004, p. 6).

Isto também é afirmado por Drumond (2005) e pelo CREMESC³ (2006), ao referirem que, assim como as causas externas encontram-se em segundo lugar em mortalidade no país, e as Unidades de Emergência são os locais destinados aos pacientes por elas acometidos, emerge a preocupação com a qualificação do serviço prestado pelos profissionais da área da saúde que atuam neste setor.

Diante dessas questões, formularam-se as seguintes perguntas, relacionadas com o contexto da pesquisa: a equipe de saúde tem conhecimento da relevância social que levou o trauma decorrente de acidentes e atos violentos a ser visto como um problema epidemiológico? A instituição de saúde e seus profissionais estão preparados para essa nova realidade? Os profissionais que atuam nos serviços de emergência relacionam as suas práticas aos problemas organizacionais e éticos, no contexto em que trabalham? Quais as possíveis relações presentes entre o modo como o ambiente de atendimento nestes serviços está organizado e as questões éticas? Estas são perguntas que se faz diante do fato das causas externas estarem entre as cinco principais causas de morte no mundo, e em segundo lugar no Brasil, e, para as quais foram buscadas respostas através deste estudo.

As autoridades públicas têm criado inúmeras políticas, dentre estas a Portaria nº 2.048 de 2002⁴, tentando diminuir tais índices de morbimortalidade, de elevado custo ao sistema de saúde e à sociedade como um todo, assim como para capacitar a equipe que trabalha nesse setor. Frente a esta situação, surge o questionamento acerca das implicações éticas que envolvem a atuação da equipe multiprofissional, em seu ambiente organizacional, em especial diante desta nova realidade, complexa e exigente quanto à compreensão e intervenção no contexto social em que se está inserido.

Assim, tem-se como objetivo geral deste estudo:

³ - CREMESC: Conselho Regional de Medicina do Estado de Santa Catarina.

⁴ - A Portaria nº 2.048 de 2002 tem como propósito reunir e aperfeiçoar as normas já existentes, além de definir a Política Nacional para o Atendimento a Urgência e Emergência. Estabelece os princípios e diretrizes dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, as normas e critérios de funcionamento, a classificação e os critérios para a habilitação de serviços que devem participar dos Planos Estaduais de Atendimento às Urgências e Emergências, a saber: Regulação Médica de Urgência e Emergência, Atendimento Pré-Hospitalar Fixo, Atendimento Pré-Hospitalar Móvel, Atendimento Hospitalar, Transporte Inter-Hospitalar e, ainda, a criação de Núcleos de Educação em Urgência, com a proposição de grades curriculares para a capacitação de recursos humanos da área (BRASIL, 2004 a).

- Conhecer as possíveis relações existentes entre o ambiente organizacional de trabalho e as questões éticas presentes no atendimento dos pacientes acometidos por causas externas em uma unidade de emergência.

Os objetivos específicos são os seguintes:

- Conhecer a percepção dos profissionais de saúde acerca de como está organizado o ambiente de trabalho.

- Identificar as questões éticas vivenciadas pelos profissionais de saúde no atendimento dos pacientes acometidos por traumas.

- Conhecer os sentimentos vivenciados pelos profissionais de saúde no enfrentamento dos problemas organizacionais e éticos.

Apresenta-se, a seguir, a fundamentação teórica do tema.

2 MARCO TEÓRICO

Este capítulo compreende uma retomada de idéias a respeito do aumento da morbimortalidade ocasionada pelas causas externas como uma questão social que se reflete no atendimento em unidades de emergência. No âmbito das questões organizacionais e éticas desta problemática, construiu-se o marco teórico abordando a dimensão do atendimento emergencial decorrente de causas externas como um problema que afeta a sociedade e suas relações com as questões institucionais internas que transpassam os atos e atitudes dos trabalhadores da saúde.

2.1 ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE

Campos (2006a) diz que a organização da saúde no Brasil pode ser constituída por meio de diversas modalidades de assistência: segundo seu modelo tecnológico, se organiza em unidades de saúde pública, atenção primária e atendimento hospitalar; este atendimento hospitalar pode ser privado, filantrópico, previdenciário e estatal; ainda, segundo a incorporação tecnológica e níveis assistenciais, pode ser classificado como de atenção básica, secundária e terciária. Dessa forma, a produção de serviço de saúde não se consolidou de forma homogênea, existindo diversas formas de produção de saúde. No Brasil, caracterizou-se, hegemonicamente, a produção de serviço neoliberal, a qual:

[...] não tem conseguido atender igualmente a todos os interesses de classe, grupo e partidos políticos existentes na sociedade brasileira. Há uma crise sem precedentes no campo da saúde, decorrente em parte, de determinações mais gerais de ordem econômica e política; mas também, em grande medida, devido às limitações da própria alternativa hegemônica (CAMPOS, 2006a, p. 42).

Os hospitais inseridos neste modelo neoliberal necessitam de diversas fontes de custeio para se manter. Por isso, utilizam-se de convênios privados, cooperativas e como principal fonte de renda, na maioria das vezes, do Sistema Único de Saúde (SUS). Porém, “[...] mesmo os hospitais com grande dependência do SUS desfrutam

razoável grau de autonomia para organizarem seu próprio processo de trabalho e modelo assistencial” (CAMPOS, 2006a, p. 51). É comum o desvio de pacientes do setor público para a rede privada, acarretando a dupla jornada de trabalho dos profissionais de saúde, a falta de padrões de mensuração da qualidade do atendimento prestado aos usuários do SUS, ficando evidente uma grave situação referente à utilização do bem público, em benefício do privado:

[...] os hospitais costumam oferecer atenção básica, especializada e de urgência – esta, em geral, segundo a modalidade de pronto-atendimento, atenção sumária e sem seguimento garantido, com consultas médicas centradas na queixa e na prescrição de condutas imediatistas. A oferta de uma outra modalidade de atenção depende centralmente de uma relação custo-rendimento financeiro favorável ao corpo clínico e à empresa (CAMPOS, 2006a, p. 52).

Neste sentido, os hospitais não vão “[...] modificar os esquemas de poder e a organização do processo de trabalho, articulados de forma a reproduzir a lógica neoliberal e, assim, impedir a integração desses serviços à rede pública” (CAMPOS, 2006a, p. 52-53). Uma típica predominância da assistência hospitalar, em detrimento das demais formas de assistência, fica mais evidente quando são analisados os investimentos aplicados na área da saúde, sendo ressaltada a centralidade do hospital no sistema de saúde brasileiro.

A organização do processo de trabalho na saúde segue a prática médico-hospitalar, a qual está subordinada às regras econômicas do mercado, diminuindo, de certa forma, a autonomia da equipe de saúde; porém, estes profissionais, principalmente os médicos, detém “o poder” de conhecer as regras de interpretação científica dos dados, de exames laboratoriais, por exemplo, de validá-los “[...] e até mesmo a exclusividade legal de operá-los, [...] já que são os responsáveis pela captação da clientela e interpretação dos resultados dos exames produzidos, sem o que não se realiza o processo de trabalho” (CAMPOS, 2006a, p. 57). Dessa forma, entende-se que esses profissionais fizeram-se indispensáveis no processo de trabalho na área da saúde.

Na atualidade, tanto nos serviços privados, quanto públicos, observa-se um claro distanciamento da equipe de saúde da sua clientela, sendo que a maioria desses profissionais está imersa na apatia burocrática, no desinteresse, na alienação, que se tornou paradigmática da indiferença e da falta de sensibilidade

diante do sofrimento humano (CECILIO, 2006). Diante disso, houve a necessidade urgente da qualificação do gerenciamento dos serviços prestados à população, por meio da incorporação à máquina pública de serviços permanentes de saúde, de certa forma, obrigando os governos a aprimorarem os instrumentos organizacionais: “[...] é desta época a adaptação de noções da teoria Geral da administração à área de saúde, passando-se a utilizar, então, o planejamento normativo, administração de recursos humanos, financeiros e materiais, avaliação de resultados etc.” (CAMPOS, 2006a, p. 90).

A organização do trabalho hospitalar passou a estar fortemente ligada aos modelos clássicos de gestão, assim como ao modelo cartesiano. Segundo Kurcgant (1991) e Agostini (2005), a teoria Científica se caracteriza pelo estabelecimento de rotinas por meio de normas, técnicas de procedimentos, escalas de atividades que, apesar de trazerem racionalização ao trabalho, podem contribuir para uma assistência mecanicista, fragmentada, com prejuízos ao usuário que é tratado por partes. Já nas teorias clássica e burocrática, percebe-se o apego à hierarquia, com uma forte subordinação do indivíduo a outro e de um serviço a outro, o exagerado apego às regras, normas e regulamentos, com impessoalidade no relacionamento, ocorrendo uma menor valorização dos contingentes humanos:

A base da filosofia cartesiana, portanto, envolveu a certeza do conhecimento científico. Dela derivou uma visão de mundo em que o conhecimento científico passou a ser o único método válido de compreensão do universo [...]. Da mesma forma, em Biologia, a concepção cartesiana dos organismos vivos como máquinas, compostas de partes separadas, ainda é o conceito contemporâneo dominante. E os fenômenos biológicos não explicados em termos reducionistas não são considerados dignos de investigação científica, afastando a possibilidade de compreensão dos seres vivos como totalidade, pela abordagem estreita e fragmentada (CHIATTONE; SEBASTIANI, 2002, p. 118).

Campos discute as teorias administrativas e a realidade da organização da saúde no Brasil como de cunho essencialmente taylorista, com fundamentos nas demais teorias, deixando claro que “faz parte da cultura tradicional da maioria das Escolas da Administração o objetivo explícito de disciplinar o trabalhador, quebrar-lhe o orgulho, a autonomia e a iniciativa crítica” (CAMPOS, 1998, p. 866). Tal afirmação apresenta de forma esclarecedora a organização do trabalho regada pela domesticação e sofrimento, por mais que se apresente, muitas vezes, de forma

velada, tornando-se quase que impossível separar a categoria de trabalhadores da saúde da visão tecnicista e fragmentária:

[...] poder centralizado em chefes, controle direto sobre a realização de procedimentos técnicos (produtividade médica, etc) e sobre o comportamento formal de funcionários (cumprimento de horário, relatórios, etc), elaboração centralizada de programas e de normas reguladoras do atendimento, e quase ausência de comunicação tanto entre serviços em relação horizontal de poder, quanto entre os distintos níveis hierárquicos. (CAMPOS, 1998, p. 865).

Observa-se ainda hoje que a organização do trabalho nas instituições hospitalares está basicamente fundamentada nestas teorias. Estas situações referidas são agravadas na medida em que também o sistema de saúde está cada vez mais burocratizado e cristalizado, dominante e conformado culturalmente com as circunstâncias situacionais do modelo neoliberal (LUNARDI FILHO, 2004). Daí que:

Caber-nos-ia construir um novo conhecimento, experimentar novas formas de dirigir organizações, superando o eixo central de todas as escolas de administração que buscam, de diferentes maneiras, reduzir sujeitos humanos à condição de instrumentos dóceis aos objetivos das empresas, transformando-os em insumos ou em objetos. O desafio de nossa época estaria em investir neste sentido: governar para produzir sujeitos (CAMPOS, 2006b, p. 31).

2.2 ÉTICA E O SERVIÇO DE SAÚDE

Cohen e Segre (1994) discutem a ética a partir dos conceitos da doutrina psicanalítica de moral e ética, procurando caracterizar os sentimentos das pessoas diante de conflitos estimulados pela razão e pelo “coração”. Nesse caminho, a eticidade aparece como uma condição humana de vir a ser ético e a ética como fator emergente das emoções e da racionalidade guiadas pelo pressuposto da autonomia. A moral é organizada por um conjunto de direitos e de deveres, que são impostos no percurso da estruturação da personalidade, sobre os quais a pessoa em formação não tem domínio, não opta e não se autogoverna, não tem, portanto, condições de exercer a autonomia. Analisando sob o aspecto da teoria psicanalítica, a moral traz, nessa fase, conforme Cohen e Segre (1994, p. 23) “[...] a marca da proibição, comparável a de um código, e do conseqüente castigo”. As questões éticas, nesse pensamento, “resultam do amadurecimento do ego, autônomo”. Diante dessa complexidade, enfatizam como dever ético, o respeito ao indivíduo humano. Durante

a evolução do ego e da autonomia, o ser humano desenvolve condições de agir e tomar decisões éticas:

O processo evolutivo global da personalidade atinge condições plenas na idade adulta. Apesar de se iniciarem na infância, é durante a adolescência que acontecem os fenômenos de maturação mais importantes que podem ser resumidos em: [...] Emergência do raciocínio lógico formal [...] desenvolvimento de uma perspectiva de socialização [...] estabelecimento de uma conduta moral concreta [...] (CLOTET; LOCH, 2003, p. 44).

Abordando estas questões, na área da saúde, e principalmente, em unidades de emergência, a equipe, que ali desenvolve as suas atividades, prescinde de amadurecimento e eticidade frente às diversas situações que emergem, como as organizacionais, administrativas da unidade, assim como frente ao contexto social em que estão inseridos, pois todas estas questões influenciam e geram implicações éticas no atendimento e precisam ser discutidas e refletidas pela equipe.

Segundo Beauchamp e Childress (2002), existem princípios que são básicos para a ética biomédica, ou seja, para fundamentar o fazer dos profissionais da área da saúde. Estes princípios, apresentados a seguir, podem funcionar como guias de conduta para a ética profissional, são eles: respeito à autonomia, o respeito à capacidade de tomar decisão das pessoas autônomas; a não maleficência, evitar causar danos; a beneficência que visa prover benefícios e ponderar benefícios, riscos e custos; e a justiça que requer a distribuição equitativa de benefícios, riscos e custos.

2.2.1 O princípio da autonomia

Autonomia é uma palavra que se originou em termos de organização do poder (autogoverno – autolegislação) dos estados independentes, estendendo-se, mais tarde, à independência dos indivíduos. Nesse caso, agregou vários significados desde o autogoverno ao direito de liberdade, privacidade, escolha individual, livre arbítrio, eleição do próprio comportamento e ser dono de si mesmo (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002). Uma pessoa é considerada autônoma quando é dotada de habilidades para o autogoverno, sabe deliberar e fazer escolhas:

O indivíduo autônomo age livremente de acordo com um plano escolhido por ele mesmo, da mesma forma como um governo independente administra seu território e define suas políticas. Uma pessoa com autonomia

reduzida, em contrapartida, é, ao menos em algum aspecto, controlada por outros ou incapaz de deliberar ou agir com base em seus desejos e planos (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p. 138).

Assim, no ambiente dos serviços de saúde deveria haver consulta aos usuários sobre os seus desejos, opções e planos, a partir de informações claras e acessíveis sobre o processo de saúde-doença por eles vivenciados. O respeito à autonomia do indivíduo é uma obrigação profissional, pois sua escolha se configura como um direito. O princípio do respeito à autonomia oferece fundamentos para muitas regras morais mais específicas, como: dizer a verdade, respeitar a privacidade; proteger a informação confidencial; obter o consentimento antes de intervir e, quando solicitado, ajudar as pessoas a tomarem decisões importantes (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

Por outro lado, também o profissional da equipe tem direito à autonomia, mesmo que esta não seja plenamente exercida no ambiente de trabalho porque as regras hierárquicas e os padrões da instituição necessitam ser seguidos, conforme as funções, sempre procurando diminuir o risco de cometer atos que ofereçam previsibilidade de resultados negativos, “[...] respeitando a dignidade do paciente, oferecendo a ele e a seus familiares um acolhimento global e não apenas limitado à patologia que justificou sua assistência” (GIANBERARDINO FILHO, 2003, p. 384).

Entende-se que as afirmações de Gianberardino Filho (2003) alertam para a visão humanista do profissional da saúde em relação à sua autonomia, mas também a visão do paciente como um ser que precisa ter um cuidado exercido com respeito à sua dignidade, à sua cidadania, enfim, à sua autonomia.

2.2.2 Princípio da não maleficência

O princípio da não maleficência tem a rigorosa incumbência de não permitir danos aos outros. Na ética biomédica, esse princípio se associa à expressão latina *primum non nocere*, significando que, antes de tudo, se evita o dano. No juramento hipocrático, no entanto, esse princípio vem acompanhado de outro, que é o da beneficência: “Eu usarei tratamento para ajudar o doente de acordo com minha habilidade e julgamento, mas eu nunca o usarei para prejudicar ou causar dano a alguém” (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p. 209).

Do princípio da não maleficência decorrem outras regras morais de cunho mais específico, como não matar; não causar dor ou sofrimento; não incapacitar; não ofender; não privar os outros dos bens da vida, assim como, também, a obrigação de não prejudicar e impor riscos de danos. O ato de cuidar compreende agir de maneira apropriada para evitar danos, tal qual é exigido de pessoas prudentes e sensatas, sendo que a má prática profissional constitui exemplo de negligência causada pela inobservância dos padrões profissionais de cuidado. A divisão entre cuidado devido e aquele que fica aquém desse limite, freqüentemente, é difícil de ser traçada. Há uma pequena linha divisória separando a premissa de proteger as pessoas contra alguns danos e a conclusão de que há uma obrigação positiva de prover-lhes benefícios, como os cuidados à saúde (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

Porém, o princípio da não maleficência pode estar sendo desrespeitado nas mais diversas situações, no ambiente hospitalar, sem que os profissionais de saúde o percebam e reflitam a respeito, freqüentemente assoberbados pelas tarefas diárias ou pela imposição organizacional do sistema instalado. Dessa forma, o desrespeito a este princípio pode acontecer de várias maneiras, ou seja, quando profissionais em momentos de urgência, executam procedimentos e técnicas sem a permissão do usuário ou de seus familiares; também quando executam procedimentos sem fins terapêuticos em pacientes extremamente graves em fase terminal, para o seu aperfeiçoamento na realização de técnicas, para testar novos equipamentos, ou no ensino de técnicas a alunos e profissionais iniciantes; ou ainda, quando pacientes em fase terminal são privados da presença de seus familiares ao serem enviados à Unidade de Terapia Intensiva (UTI), não com perspectiva de melhora do quadro, mas para a comodidade da equipe, que fica liberada dos questionamentos, cobranças e angústia dos familiares.

2.2.3 Princípio da beneficência

O princípio da beneficência, na ética biomédica, tem o significado de prevenir e eliminar danos, ponderar e fazer um balanço sobre os bens que trarão ou se subtrairão do cliente, em termos de custos e danos. O objetivo central é prover benefícios, promover o bem:

No escopo do princípio da beneficência positiva encontra-se um conjunto de regras morais mais específicas, como proteger e defender os direitos dos outros; prevenir danos que possam ocorrer a outros; eliminar condições que podem causar danos a outros; ajudar pessoas com incapacidades e resgatar pessoas em perigo (ZOBOLI, 2003, p. 62-63).

O princípio da não maleficência segue *pari passu* com o princípio da beneficência, pois, muitas vezes, 'não causar danos' pode ser confundido com o benefício de um bem maior. Numa intervenção que pode salvar a vida, o edema decorrente de uma punção venosa pode ser atribuído à obrigação de beneficência, sendo uma prioridade sobre a não maleficência, pois é necessária a infusão do medicamento para a melhora do usuário num segundo momento (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

O princípio da beneficência é aquele que rege a atividade profissional da maioria da equipe que trabalha em unidades de emergência. Todos atuam baseados no fato de estarem prestando o bem a seus usuários; mesmo que, diante de condições adversas para o atendimento, prestam-no de forma extremamente corajosa, e até mesmo, às vezes, de forma improvisada, porém visando o restabelecimento emergencial de seus usuários.

2.2.4 Princípio da justiça

Conceituando o princípio da justiça, pode-se dizer que se trata de ações distributivas, justas, eqüitativas, apropriadas e determinadas por normas, que se justificam estruturalmente nos termos da cooperação social. Essa função da justiça distributiva se estende aos direitos e responsabilidades dos cidadãos, na sociedade, em termos civis e políticos.

Conforme Beauchamp e Childress (2002), não existe um único princípio capaz de encaminhar todos os conflitos nesta área; por isso, uma ação justa considera os princípios da ética e da moral, em casos específicos que, ponderados em contextos particulares, podem ser analisados em sua real consistência. Aristóteles dizia que: "[...] os iguais devem ser tratados de modo igual, e não iguais devem ser tratados de modo não igual" (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p. 354). O princípio de justiça é também chamado de princípio de igualdade formal porque não identifica, não determina e não aponta critério que particularize os iguais.

As políticas públicas, geralmente, levam em conta a justiça distributiva; no entanto, utilizam seis princípios decorrentes da aceitação ou rejeição de alguns princípios materiais, adaptando-os aos interesses dominantes:

- a cada pessoa uma parte igual;
- a cada pessoa de acordo com a necessidade;
- a cada pessoa de acordo com o esforço;
- a cada pessoa de acordo com a contribuição;
- a cada pessoa de acordo com o mérito;
- a cada pessoa de acordo com as transações do livre mercado (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p. 355-356).

Beauchamp e Childress (2002) dizem que esses princípios são aceitos por algumas teorias de justiça, assim como são chamados, também, para a formulação das políticas públicas, podendo, ainda se mesclar a diferentes contextos. Não há impedimento para que haja utilização de mais de um princípio simultaneamente, sendo que algumas teorias de justiça e políticas públicas os invocam na sua formulação, dependendo do contexto e das situações às quais são aplicáveis.

Diante dessa complexidade, as políticas públicas deixam a desejar no que se refere ao acesso e ao financiamento da saúde. Aplicar os princípios de justiça não tem encontrado eco em questões sanitárias eficientes, por isso, Beauchamp e Childress (2002) propõem que sejam incorporados, às políticas públicas, os padrões utilitários e igualitários para que a sociedade encontre o direito a um mínimo eficaz de cuidados à saúde na estrutura social:

Ao tentar trazer consistência e compreensão para as fragmentadas visões de justiça social, estas teorias obtêm apenas um sucesso parcial e as políticas públicas para acesso e distribuição dos cuidados à saúde, em muitos países, constituem exemplo dos problemas a serem enfrentados por elas. Os objetivos de cuidado excelente, igualdade de acesso, liberdade de escolha e eficiência social podem ser louváveis, entretanto são de difícil consistência em um sistema social. Diferentes concepções de sociedade justa sublinham-nos e a persecução de um objetivo parece aniquilar o outro. Entretanto, as várias teorias de justiça tentam alcançar um balanço entre objetivos rivais ou eliminar alguns deles, mantendo outros (ZOBOLI, 2003, p. 67).

Envolver a justiça frente às necessidades das pessoas como usuários dos serviços de saúde traz questionamentos difíceis de serem respondidos quando: não há critério justo diante da insuficiência de recursos para atender a todos; não há distribuição equitativa de benefícios; a burocratização compromete a agilização de procedimentos urgentes, entre outras situações. É difícil, também, apontar quem será menos prejudicado, o que só pode ser analisado por vários pontos de vista.

Aquele que consegue uma parte é um privilegiado, porque o seguinte da fila não a terá na mesma proporção, apesar das leis, dos decretos, das portarias; não existe a distribuição 'a cada pessoa de acordo com a necessidade', pois qual é, na verdade, a necessidade de cada pessoa? Ou 'de acordo com o esforço', porém, a que esforço referir-se? Não existe distribuição 'a cada pessoa de acordo com a contribuição', pois o sistema de saúde brasileiro é para todos, independentemente de ser contribuinte ou não do sistema previdenciário; 'de acordo com o mérito' também é um princípio não seguido ou difícil de ser seguido, porque fica pendente ao entendimento de quem tem mais ou menos mérito. Em uma sociedade como a que se vive, o maior mérito tem sido ainda de quem domina, de quem se encontra socialmente em uma situação diferenciada e privilegiada, porém, isto seria mérito?

Na realidade brasileira, apesar de não se considerar justo, predomina 'a cada pessoa de acordo com as transações do livre mercado' porque no atual sistema de saúde, em que os recursos são escassos, quem quiser mais, terá que fazer um plano de saúde complementar (pago) (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002; PIRES, 1998). Deste modo,

o direito à saúde, ao ser analisado numa perspectiva sociohistórica, deixa de ser visto como uma decorrência dos ideais humanitários de solidariedade, de moralidade ética, de justiça social e de necessidade básica articulada à sobrevivência, e passa a ser visto como uma exigência dos processos de acumulação de capital e subordinado aos complexos e intrincados mecanismos de mediação, próprios do sistema capitalista em seu estágio atual (NOGUEIRA; PIRES, 2004, p. 760).

Vê-se, portanto, que a justiça distributiva não encontrou ainda seus caminhos na questão da saúde gerida pelo sistema público. Além disso, as escolhas das políticas públicas envolvem uma complexidade que dificulta a tomada de decisão exigida para que aconteça uma efetiva redução de desigualdades. O ideal seria a elevação do nível de saúde para todos e não apenas aos grupos mais favorecidos que conseguem investir em programas de saúde alternativos e privados; afinal, a Organização Mundial de Saúde preconiza que "o mais alto padrão alcançável em saúde é um direito humano fundamental" (RIBEIRO, 2005, p. 292-293).

2.3 CONTEXTUALIZANDO O TRAUMA E A VIOLÊNCIA E SUA REPERCUSSÃO NO SISTEMA DE SAÚDE

A violência se constitui numa 'incômoda novidade' para o Sistema de Saúde Pública, desacomoda e desafia saberes instituídos no campo da saúde, uma vez que se apresenta como causadora de traumas imprevisíveis:

Não é uma doença embora cause lesões, dor, sofrimento e morte. Não tem sua "origem" em ação invasiva de microorganismos, sua causa não é nenhuma desordem orgânica - campos de notório saber da atuação médica e pesquisa biológica. Não se restringe aos "traumas" e às "lesões" que, invariavelmente, constituem suas conseqüências. A própria designação de "causas externas" revela, ironicamente, o paradoxo que a violência representa para o campo da Saúde. "Externas" a quê, ao locus da atuação médica (as causas "orgânicas" e os "traumas", a lógica do tratamento das doenças?). "Externas" porque sempre foram um "problema do social" e não da área de Saúde? (DESLANDES, 1999, p. 82).

Segundo o Relatório da Organização Mundial da Saúde, a violência se categoriza em quatro manifestações empíricas: as auto-infligidas, interpessoal, coletiva e, ainda, a estrutural; esta, por sua vez, é a mais perversa, "difícil de ser quantificada, aparentemente sem sujeitos, porém, se perpetua nos processos históricos, se repete e se naturaliza na cultura e é responsável por privilégios e formas de dominação" (MINAYO, 2005, p. 58).

Por ser fenômeno amplo e complexo, a violência caracteriza-se como um evento representado por ações praticadas "por indivíduos, grupos, classes ou nações que ocasionam danos físicos, emocionais, morais e ou espirituais a si próprio ou a outros". Em relação ao acidente, entende-se ser um evento não intencional e, na maioria das vezes, evitável, causador também de lesões físicas e ou emocionais. Portanto, caracterizam-se estes eventos, "em maior ou menor grau, perfeitamente previsíveis e preveníveis" (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000, p. 427).

A violência e os acidentes, sob o ângulo dos segmentos populacionais, possuem peculiaridades quanto às suas características e circunstâncias. Na infância, o local gerador de agravos é o ambiente doméstico, enquanto que na fase adulta o espaço extradomiciliar tem prioridade no perfil epidemiológico:

Por essa razão, estabelece-se a seguinte classificação estratégica: **acidentes domésticos** (quedas, queimaduras, intoxicações, afogamentos e outras lesões) e **acidentes extradomiciliares** (acidentes de trânsito e de

trabalho, afogamentos, intoxicações e outras lesões); e **violência doméstica** (maus-tratos físicos, abuso sexual e psicológico, negligência e abandono) e **violência extradomiciliar** (exploração do trabalho infanto-juvenil e exploração sexual, além de outras originadas na escola, na comunidade, nos conflitos com a polícia, especialmente caracterizados pelas agressões físicas e homicídios, bem como a violência auto-infligida, como a tentativa de suicídio) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000, p. 427).

Os traumas decorrentes de acidentes, assim como a violência, são problemas epidemiológicos de grande repercussão, não somente em países subdesenvolvidos, mas mundialmente acometendo a todos, sem distinção de nacionalidade ou classe social com grande impacto na área da saúde. No Brasil,

Desde a década de 1960, o quadro de mortalidade geral apresenta as “causas externas” [...] como fenômeno relevante, acompanhando o processo de urbanização. Em 1930, 2% das mortes se deviam à violência e a acidentes. Em 1980, esse percentual subia para 10,5%, em 1988, para 12,3%, e atualmente representa 13,5% do total dos óbitos. Na ampla faixa de 5 a 49 anos de idade, os eventos violentos ocupam o primeiro lugar como causa de morte. Os anos 1980 constituem o ponto central de inflexão dessa transição epidemiológica, apresentando um crescimento de cerca de 29% na proporção de mortes violentas entre o início e o final da década, passando essas a constituírem a segunda causa no obituário geral, abaixo, apenas, das doenças cardiovasculares (MINAYO, 2005, p. 61-62).

O alto ritmo de urbanização do País, o elevado processo de migração interna da população de jovens, desenvolvendo cinturões de miséria e marginalidade nos subúrbios das grandes cidades, associaram-se à baixa qualidade de vida. Integrando este contexto adverso, as estratégias de sobrevivência assumidas por esta população tomam formas cada vez mais agressivas, o que contribuiu decisivamente para a elevação do padrão mórbido de um grupo mais especificamente dos 15 aos 29 anos (VERMELHO; JORGE, 1996; SARTI, 2005).

As mudanças demográficas, associadas aos processos de industrialização, urbanização, alta tecnologia, mudança da estrutura produtiva, com a crise econômica que se estende ao longo das décadas, a ampliação do mercado das drogas, novos estilos de vida ou formas de comportamento, configuram padrões epidemiológicos em que a sociedade brasileira sofre cada vez mais freqüentemente perdas de vidas jovens, devendo “[...] ser consideradas, antes de tudo, perdas injustificadas, principalmente a partir desta transição, que fez com que as sociedades modernas caminhassem rumo à longevidade tanto almejada”, além da necessidade de resgatar o impacto dessas perdas e de buscar elementos que

possam sugerir as razões de tal retrocesso ao longo do tempo (VERMELHO; JORGE, 1996, p. 321). Para Minayo (2005, p. 60):

O crescimento das mortes por violência no Brasil [...] afeta inexoravelmente a população mais pobre e indica o aumento das desigualdades, o efeito do desemprego crescente, a falta de perspectiva do mercado de trabalho, o aumento do contrabando de armas, do número de armas em poder da população civil, da organização do crime, da impunidade, da arbitrariedade policial e a ausência, omissão ou insuficiência das políticas públicas.

Para Minayo (2005, p. 62), “[...] a violência, antes de ser um problema intelectual, é uma questão da práxis sócio-política que afeta materialmente os serviços de saúde, seus custos, sua organização e envolve também os profissionais como vítimas”. No âmbito da saúde, é primordial estabelecer um trabalho em grupo, comunicação entre os serviços médicos, clínicos e de emergência e a saúde pública, “ultrapassando a tentação de medicalizar a violência”, superando a banalização cultural do problema trauma e, ao mesmo tempo, buscando maior especialização no atendimento às vítimas, através do [...] monitoramento das ocorrências; sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar; assistência hospitalar às vítimas; estruturação e consolidação do atendimento pós-hospitalar; capacitação de recursos humanos” (MINAYO, 2005, p. 63).

Ciente dos problemas existentes, o Ministério da Saúde adota medidas reunidas no Programa de Apoio à Implantação de Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para o Atendimento em Urgências e Emergências por meio da criação da Portaria nº 2.048 de 2002, que:

[...] estabelece os princípios e diretrizes dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, as normas e critérios de funcionamento, classificação e cadastramento de serviços, envolvendo temas como a elaboração dos Planos Estaduais de Atendimento às Urgências e Emergências, Regulação Médica das Urgências e Emergências, atendimento pré-hospitalar móvel, atendimento hospitalar, transporte inter-hospitalar e ainda a criação de Núcleos de Educação em Urgências e proposição de grades curriculares para capacitação de recursos humanos da área (BRASIL, 2004a, p. 45).

A assistência às vítimas de acidentes e de violência deve integrar o conjunto das atividades desenvolvidas pela rede básica, além daquelas compreendidas no atendimento ambulatorial, emergencial e hospitalar, sendo fundamental a definição de mecanismos de referência entre estes serviços. A prestação do atendimento às vítimas requer a estruturação e a organização da rede de serviços do SUS, de modo

que se possa diagnosticar a violência e acidentes entre os usuários e acolher demandas, prestando-lhes atenção digna, de qualidade e resolutive, desde o primeiro nível de atenção (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000; BRASIL, 2004a).

Entretanto, o atendimento integrado ao trauma, princípio que norteia o SUS, passa por quatro fases de uma cadeia: prevenção, atendimento pré-hospitalar, atendimento hospitalar e reabilitação, conforme Oliveira; Ciconet (2003) salientam: “Não é adequado implantar apenas um deles, embora dois – prevenção e reabilitação – sejam mais difíceis. Os outros dois elos – atendimento pré-hospitalar e atendimento hospitalar – são de implantação mais fácil, com tempo de resposta curto” (CREMESP, 2005, p. 1).

2.4 O ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS COMO UMA QUESTÃO ÉTICA E ORGANIZACIONAL

A partir do contexto organizacional e ético do sistema de saúde, assim como frente ao crescimento da violência, procura-se estabelecer uma relação destes fatores com a unidade de atendimento a urgência e emergência, porta de entrada desta população acometida por trauma e violência.

Desta forma, há necessidade de algumas definições. O Conselho Federal de Medicina (CFM) por meio da Resolução CFM nº 1451/95, em seu parágrafo primeiro, define **urgência** como “a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata”. O parágrafo segundo define **emergência** como “a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato” (CFM, 1995):

Conforme o CFM, por meio da Resolução nº 1451/95, os Prontos Socorros “[...] deverão ser estruturados para prestar atendimento a situações de urgência-emergência, devendo garantir todas as manobras de sustentação da vida e com condições de dar continuidade à assistência no local ou em outro nível de atendimento referenciado” (CFM, 1995, p.1).

Já os Pronto Atendimentos, devem garantir os atendimentos intermediários, previstos na rede básica, para reduzir a superlotação no setor terciário, assim como estabilizar as vítimas graves trazidas pelas unidades de atendimento à urgência-emergência móvel. Assim,

[...] o PRONTO ATENDIMENTO é o serviço médico que deve prestar o primeiro atendimento à maioria das ocorrências médicas, tendo caráter resolutivo para os casos de menor gravidade – que, na prática, costumam representar um percentual significativo dos pacientes atendidos – e encaminhando os casos mais graves ou para um Serviço de Urgência ou de Emergência (CREMEC, 2001, p. 1)⁵.

Porém, os locais de referência ao atendimento à emergência, estão freqüentemente, despreparados para atender a população a que se destinam. Além disso, enfrentam dificuldades, decorrentes da burocratização do serviço e da cristalização das questões organizacionais com repercussões éticas, tais como: superlotação de usuários, carência qualitativa e quantitativa de recursos humanos, de equipamentos e de materiais para o atendimento, estrutura física inadequada, sobrecarga de trabalho, dentre outros.

O problema da superlotação vem se agravando ao longo da existência do Sistema Único de Saúde (SUS), que continua centrado no modelo biomédico, aparentemente, com pouco investimento na prevenção, através da educação da população, frente ao problema de saúde pública em que se transformou o trauma e a violência, bem como na consolidação de serviços que absorve o atendimento da rede primária. Como conseqüência, ocorre hoje uma exagerada procura dos usuários pelos hospitais, freqüentemente de forma desnecessária, causando problemas no atendimento das unidades de emergência e com conseqüente queda na qualidade da assistência prestada (COSTA, 2005; SARTI, 2005; SANTOS et al., 2003).

A superlotação nos locais de atendimento a situações de emergência é um fenômeno conhecido pelos profissionais de saúde, usuários e população, no que se refere às instituições de saúde públicas ou privadas, sejam hospitalares ou da rede básica. Uma das suas conseqüências é a presença de elevadas taxas de ocupação dos leitos de observação, o que parece contribuir para que ocorra permissividade nos padrões de cuidado e da ética dos profissionais de saúde, que atuam nestes locais de urgência. Diante desta realidade, limites vão sendo negligenciados a tal ponto que parâmetros ficam descaracterizados, pois todos os espaços vão sendo ocupados e a superlotação se incorpora ao cotidiano do serviço de emergência,

⁵ Conselho Regional de Medicina do Ceará.

gerando dificuldades na realização de qualquer tipo de ação, especialmente, as denominadas de cuidado (SANTOS et al., 2003).

Num serviço de emergência, a superlotação resulta de múltiplos aspectos, dentre eles, o aumento da complexidade de atendimento às doenças, justificado pelo desenvolvimento da tecnologia médica e farmacêutica, proporcionando melhor expectativa de vida da população com doenças crônicas. Outro fator importante pode ser caracterizado pela falta de leitos de internação, principalmente aqueles destinados ao SUS, o que leva ao acúmulo de usuários que, muitas vezes, permanecem por vários dias no serviço de emergência, colaborando com a sobrecarga de trabalho e a descaracterização das atividades desenvolvidas nestes locais (ROSA, 2001).

Portanto, nestes serviços de emergência, são atendidos, além de usuários graves, também aqueles que necessitam apenas de consulta médica, de algum procedimento de enfermagem ou médico, da realização de algum tipo de exame, de medicações, dentre outros, ocasionando uma sobrecarga de ações. Outro fator importante a ser destacado é que com a demanda elevada destes atendimentos, os usuários adaptam-se às condições oferecidas pelo serviço, como a falta de ventilação e de iluminação natural, presença constante de luzes acesas, ruídos, desrespeito à sua individualidade e privacidade, decorrentes da superlotação (ROSA, 2001).

Assim, o atendimento às necessidades consideradas básicas do ser humano como sono, repouso, alimentação e higiene corporal, ficam comprometidas pela excessiva demanda de atendimento, com a privacidade dos usuários sendo constantemente violada, pela proximidade dos leitos e as abordagens feitas e presenciadas por todos que ali se encontram. Dessa forma, freqüentemente, usuários são questionados aos olhos de todos aqueles que dividem um espaço restrito. Estas são situações que demonstram as limitações do ambiente, submetendo os usuários a constrangimentos físicos e morais (ROSA, 2001).

Diante de tais circunstâncias, os profissionais do serviço de emergência enfrentam conflitos éticos e morais diariamente, porque um ambiente superlotado, com recursos humanos, tecnológicos e de estrutura física limitados, não oferece condições de acomodar os usuários com segurança, assim como pode favorecer a ocorrência de erros relacionados à execução de procedimentos (ROSA, 2001).

Dando seqüência à abordagem dos inúmeros problemas relacionados à unidade de emergência, a ausência de uma equipe multiprofissional, na maioria das vezes, dificulta o trabalho de médicos e enfermeiras, que comumente já trabalham em número insuficiente. Além da permanência, na maior parte do tempo, em contato direto com os usuários, ainda se vêem compelidos a assumir funções, como as do psicólogo, assistente social, dentre outros, assoberbando-se com atividades não específicas de sua formação, sobrecarregando-os ainda mais (COSTA, 2005).

Devido às características específicas desta unidade, os que ali atuam necessitam de uma qualificação profissional adequada e específica, precisando receber treinamento e estar capacitados para trabalhar em situações complicadas e com pessoas emocionalmente abaladas, assim como, saber tratar com determinados segmentos da sociedade como imprensa, polícia, corpo de bombeiros, dentre outros (BRASIL, 2004a; INTERFACE, 1999).

A equipe precisa estar preparada para minimizar os fatores de agressões em momentos críticos e situações de crises emocionais (COSTA, 2005), com equilíbrio para tomar decisões de toda a ordem, relacionadas aos seus conhecimentos técnicos e científicos, freqüentemente com interrupções constantes por parte dos membros da equipe de trabalho, familiares e do próprio cliente (ANICE SILVA, 1999). Verifica-se, então, que a equipe deve reconhecer que necessita ir além do processo de medicalização, porque a atenção médica se dedica ao corpo ferido, ao qual se aplica a técnica, e não à causa do ferimento: “Qualquer problema que extrapole esse âmbito de atuação não é reconhecido como problema médico” (SARTI, 2005, p. 120).

Em relação à estrutura física, a unidade de emergência deve estar apoiada numa infra-estrutura institucional que permita a manutenção de uma característica dinâmica, devendo ser mantida em condições de utilização a qualquer momento. Sendo assim, além da alta tecnologia, do conhecimento científico e técnico da equipe, fazem-se necessários elementos arquitetônicos e administrativos em harmonia com as necessidades do serviço, tendo em vista a qualidade do serviço prestado (ANICE SILVA, 1999).

A unidade de emergência necessita ser planejada considerando o tipo de hospital a que está vinculada, com o objetivo de atender a sua finalidade, contendo amplas áreas de circulação, estar localizada de modo a permitir acesso ao público,

por meio de um fácil acesso à rua com entrada independente que facilite a localização às pessoas necessitadas desse serviço; com ampla entrada para ambulância e demais meios de transporte e estar próxima ao serviço de admissão e alta, com facilidade de ligações aos Centros Cirúrgico e Obstétrico e à Unidade de Terapia Intensiva (INTERFACE, 1999; BRASIL, 2004a).

Os aspectos físicos, se não forem adequados às necessidades de sua função, podem colocar em risco as pessoas que ali se encontram internadas. Comumente regras básicas não são cumpridas, como iluminação natural e arejamento adequado em relação ao espaço físico disponível e ao número de leitos; existe carência de espaço entre os leitos e do número necessário de sanitários; portas são mal localizadas e com passagem estreita. No que se refere à integridade das superfícies, é comum observar-se a presença de rachaduras, infiltrações, pintura descascada, mofo, pisos inapropriados; em relação ao mobiliário, equipamentos e materiais (mesa auxiliar, aparelho de nebulização, oxímetros, comadre, papagaio), freqüentemente, estão em número reduzido e em precário estado de conservação. Todos estes fatores podem evidenciar a banalização do olhar dos trabalhadores sobre o que dispõe a lei e também dos próprios órgãos da vigilância sanitária (PEREIRA; BELLATO, 2004).

O elevado número de indivíduos que circula na unidade de emergência, o excesso de pessoas no local, a estrutura física inadequada e a sobrecarga de trabalho, associados a um atendimento que, freqüentemente, exige agilidade, não favorece a manutenção de normas básicas de controle de infecção, contribuindo para o aumento do risco de infecções hospitalares aos usuários e profissionais (ROSA, 2001; PEREIRA; BELLATO, 2004).

A sobrecarga de trabalho faz com que os recursos humanos trabalhem de forma constante sob pressão e sobrecarga mental, podendo favorecer a ocorrência de acidentes de trabalho (como por exemplo, os produzidos por material perfuro-cortante e exposição a materiais infectantes). Desta forma, os profissionais de saúde necessitam atuar de forma segura, protegendo sua integridade física, pois:

[...] comportamentos heróicos, em situações de emergências, não devem ocorrer, e a conduta correta deve ser pautada na racionalidade e mesmo em situações de comprovada emergência, a rapidez que o procedimento exige por parte do profissional não invalida que corretas normas de biossegurança sejam obedecidas (RODRIGUES DA SILVA, 1999, p. 19).

O aumento no ritmo de trabalho para vencer as atividades rotineiras e as que surgem no seu decorrer gera no trabalhador um sofrimento psíquico, que pode levar a doenças psicossomáticas de diversas naturezas, como, doenças cardíacas e musculares incapacitantes, manifestadas na forma de Lesões por Esforço Repetitivo (LER), Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT) e lesões na coluna vertebral, atribuídas a fatores ergonômicos e postura inadequada (GONÇALVES; MAGALHÃES, 2003; BELANCIERI; BIANCO, 2004; COSTA, 2005).

As situações estressoras podem favorecer ao desenvolvimento de problemas de saúde de natureza física, tais como, câncer e deficiência imunológica e de ordem mental, destacando-se o uso abusivo de medicações controladas (antidepressivos, ansiolíticos, hipnóticos, anestésicos, dentre outros), consumo de álcool e drogas. A cefaléia, dor de estômago, insônia, irritação, dificuldade de concentração, são outros sintomas decorrentes da sobrecarga de serviço e cobranças excessivas. Também, é comum ocorrer o afastamento freqüente do trabalho, elevado absenteísmo, rotatividade (de trabalho, de posto ou empresa), conflitos profissionais, processos administrativos de ordem disciplinar (GODOY et al., 2003; GHIORZI, 2003; GONÇALVES; MAGALHÃES, 2003; BELANCIERI; BIANCO, 2004).

Sendo assim, a sobrecarga decorrente do fluxo contínuo de usuários que procuram as unidades de emergência influencia diretamente na organização e nas práticas cotidianas do trabalho, constituindo-se em um fator de violência contra o trabalhador da saúde, que vivencia as rotinas destes locais:

[...] o indivíduo não pára jamais, porque ele sofre a pressão produtivista permanente para obter cada vez mais e mais os privilégios de uma sociedade de consumação e, em consequência de “consumissão” do próprio ser humano, da saúde do trabalhador: os cânceres, as toxicomanias, as doenças cardíacas, as neuroses, os estresses, as depressões e a lista não termina aqui. Evidentemente, o ritmo e a intensidade do trabalho, os fatores de estresses psicossociais são os responsáveis pela aparição de mal-estares e de doenças dos trabalhadores que vivem uma organização tayloriana de seu trabalho (GHIORZI, 2003, p. 557).

Frente a estas adversidades, a equipe cria subterfúgios para enfrentar o cotidiano, entre eles, a banalização do sofrimento do usuário, pois, atualmente, vivenciam-se atitudes pouco apropriadas para a situação, ou seja, os clientes muitas vezes são vistos como “problemas”, dos quais precisam se “livrar”, prestando um

atendimento de baixa qualidade, mecanizado, sem humanização e paixão naquilo que fazem, porque o tempo de dar atenção ao usuário é substituído pelo tempo de aumentar as horas de trabalho e o número de usuários atendidos (ANICE SILVA, 1999; GHIORZI, 2003). Por outro lado, não há como desconsiderar o possível sofrimento dos trabalhadores por atuarem nestas condições organizacionais, com o permanente risco de danos, negando valores, saberes, a condição humana necessariamente presente entre quem cuida e é cuidado, entre quem trata e é tratado, dentre outras fragilidades passíveis de serem apontadas nestas relações.

Segundo Barbosa de Pinho e Kantorski (2004), este atendimento fica evidenciado quando se realizam procedimentos de forma puramente técnica e mecânica, pois sempre que alguma situação adversa é detectada, as intervenções são quase imediatas. O tecnicismo assume um papel relevante na prestação da assistência e o imediatismo das atividades determina a sua qualificação. Dessa forma, a equipe sobrepõe seus conhecimentos aos do usuário e de seus familiares, dificultando as relações interpessoais entre equipe, familiares e usuários, pois a premissa básica dessa unidade é o tratamento da doença grave, ou seja, do físico, do patológico, em detrimento do atendimento humano:

[...] associado à rotina do fazer está a negação do aspecto emocional da relação entre trabalhadores da saúde e sua clientela, em nome de um saber e de uma responsabilidade terapêutica que vê diante de si uma doença a ser vencida e não uma pessoa doente a ser compreendida e cuidada. A ciência médica ocultou a dimensão emocional dos cuidadores, sobretudo dos médicos, porque para definir a doença é preciso desumanizá-la [...]. Neste contexto, os profissionais da saúde criam eles mesmos o estigma social “daqueles que tem o hábito” de afrontar as situações difíceis da vida e da morte, impondo-se o afastamento de suas emoções: o profissionalismo em primeiro lugar. O afeto não tem lugar no exercício da saúde. (GHIORZI, 2003, p. 554-555).

Em relação ao sofrimento da equipe de saúde que atua em unidades de emergência, observa-se que convivem diariamente com a iminência da morte, voltando suas atividades para o pronto restabelecimento do usuário, utilizando todo seu aparato tecnológico para o prolongamento da vida. O próprio ambiente fechado, pequeno e cheio de aparelhagem de alta tecnologia, de certa forma, já induz à valorização das técnicas em detrimento do ser humano e intencionalmente evitam-se discussões mais aprofundadas sobre dor, sofrimento e morte, pois se deve conter os problemas emocionais provocados pelos doentes e suas famílias, reforçando a idéia

de que devem ser ocultados, distanciados ou afastados do convívio social, sendo uma forma de defesa que os profissionais de saúde possuem para negar sua própria dor e sofrimento diante de situações consideradas críticas (BARBOSA DE PINHO; KANTORSKI, 2004).

Dessa forma, é pelo subterfúgio que estes profissionais encontram caminhos para aliviar seus sofrimentos:

[...] é no subterrâneo da relação desses cuidadores que o profano está presente no seu cotidiano profissional. Ele escapa às normas institucionais, aos valores morais de comportamento imposto pelas profissões. Ele permite o ultraje, a lesão da imagem a ser preservada. Os lugares de conversações informais para um café, uma pausa na jornada de trabalho, os corredores, as salas dos plantonistas se transformam em lugares de sonhos, de fuga às regras, de queixas, de lamentos, de choros, de risos à toa, de piadas, de medo, de prazer, em resumo, lugares onde podem aflorar suas emoções frente à precariedade da vida e de seus saberes. É o momento em que eles lutam contra a invasão do sentimento de fracasso e de frustração frente às medidas que podem tomar para aliviar o sofrimento do cliente (GHIORZI, 2003, p. 555).

O apelo às drogas, como fórmula mágica para diminuir o sofrimento da alma, mostra-nos que os profissionais se sentem impotentes diante do sofrimento humano, das dores atroz dos usuários e principalmente diante da morte. Muitos trabalhadores encontram-se esgotados diante das tensões do trabalho e da vida cotidiana, do reconhecimento de um trabalho frio, insensível e de individualismo absoluto em que se tornou o complexo universo em que estão inseridos (GHIORZI, 2003).

Apresenta-se, a seguir, o caminho metodológico adotado para a construção desta pesquisa.

3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

A pesquisa é uma ferramenta utilizada para a solução de problemas teóricos ou práticos numa investigação planejada, desenvolvida e redigida, de acordo com as normas de metodologia consagradas pelas Ciências. Bervian e Cervo (2002, p. 63) salientam que “[...] a pesquisa parte, pois, de uma dúvida ou problema e, com o uso do método científico, busca uma resposta ou solução”. É, portanto, através do método escolhido para a pesquisa que se organiza o conhecimento e se pode buscar saberes complementares, além de tomar consciência da realidade e sobre ela tomar decisões metodológicas. Para Bervian e Cervo (2002, p. 23), método é a ordenação e a sistematização, no plano geral da pesquisa, enquanto a técnica “[...] é a aplicação do plano metodológico e a forma especial de executá-lo, [...] a técnica está subordinada ao método, sendo sua auxiliar imprescindível”.

3.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, pois “[...] trabalha com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis” (MINAYO, 2002, p. 21-22).

Este estudo, segundo a tipologia de classificação de Gil (1995), constitui-se em uma pesquisa descritiva e exploratória. Descritiva porque ela observa, registra, analisa e correlaciona fatos ou fenômenos. Além de descritiva, esta pesquisa possui, também as características de ser exploratória na medida em que busca definir melhor o problema, através de uma revisão literária apropriada e identificar, através da coleta de dados, as informações necessárias para o seu desenvolvimento.

3.2 LOCAL DA PESQUISA

A coleta dos dados foi realizada numa instituição hospitalar localizada no noroeste do estado do Rio Grande do Sul, distante da capital, Porto Alegre, em aproximadamente 350 km. Trata-se de uma entidade de caráter privado, autorizada

como filantrópica, com seu atendimento voltado à comunidade local e regional, prestando auxílio aos mais carentes de recursos.

Conforme informações do administrador⁶, arquivadas no setor administrativo do hospital em estudo, o histórico da instituição registra a fundação de uma entidade mantenedora, organizada por um grupo de pessoas, na segunda década de 1900. Essa mesma fundação mantenedora tem a finalidade de dirigir, administrar, fiscalizar e representar o hospital, fundado também na mesma época. Embora não seja o único hospital da cidade, é referência no atendimento de alta complexidade do SUS, acolhendo emergências clínicas, cirúrgicas e vítimas de causas externas de toda região de abrangência da coordenadoria de saúde, que engloba doze municípios.

O quadro funcional da instituição conta, conforme o (Anexo A), com 366 funcionários para atender um total de 119 leitos, divididos em unidades de clínica médica, cirúrgica, obstétrica, pediátrica, UTI, PA, centro cirúrgico e sala de recuperação.

O PA, local onde se desenvolveu o estudo, conta para os três turnos de trabalho, com 4 equipes, uma pela manhã, uma à tarde e duas à noite (com alternância), totalizando 05 enfermeiras, 11 técnicos de enfermagem, 06 recepcionistas, 05 porteiros, 05 higienizadoras, 01 gerente administrativo e 15 médicos plantonistas, contratados pelo Hospital, os quais recebem através de recibo de pagamento autônomo (RPA).

O horário de trabalho da equipe descrita acima, distribui-se da seguinte forma: na equipe de enfermagem, tanto enfermeiros, como técnicos de enfermagem, trabalham em turnos de seis horas diárias e, a equipe da noite, doze horas, com intervalo de trinta e seis horas, perfazendo um total de trinta e seis horas semanais; os recepcionistas e os porteiros cumprem o mesmo horário da enfermagem. As higienizadoras distribuem-se da seguinte forma: das sete às onze ou das oito às doze horas no turno da manhã e na parte da tarde, respectivamente, das treze às dezessete ou das quatorze às vinte horas; no turno da noite, trabalham das dezenove às sete horas e, aos finais de semana, cumprem turnos de doze horas, perfazendo um total de trinta e seis horas semanais. O gerente administrativo inicia

⁶ O Administrador do Hospital em estudo foi encarregado pelo Diretor-Presidente a fornecer os dados históricos e atuais do hospital. Essas informações foram entregues por escrito, no período janeiro/fevereiro/2006.

sua jornada de trabalho das oito as onze e trinta e das quatorze às dezoito e trinta, perfazendo um total de oito horas diárias e quarenta horas semanais. Durante a semana, os turnos diurnos e noturnos são cobertos por apenas um médico de plantão, a cada doze horas.

Atualmente a unidade onde foi realizada a coleta de dados é considerada PA⁷, mas se encontra em processo de reavaliação para ser classificada pela nova nomenclatura proposta pelo novo Regulamento Técnico instituído pela Portaria 2.048/GM/2002, como “Unidade Hospitalar de Referência em Atendimento às Urgências e Emergências de tipo III”. Para que esse processo se complete, faz-se necessária à instalação, na instituição, da Terapia Renal Substitutiva, do Serviço de Hemodinâmica e Angiografia, serviços que serão terceirizados. Para melhor entendimento da estrutura física do PA, ver planta baixa no (Anexo B).

3.3 MÉTODO DE COLETA DE DADOS

Como métodos de coleta de dados, foram utilizadas as técnicas de observação e de entrevista para, assim, conhecer as relações entre o ambiente organizacional de trabalho e as questões éticas presentes no cotidiano do atendimento da equipe de saúde do PA às vítimas de trauma e violência.

Inicialmente, foi solicitado ao Coordenador do PA (Apêndice A), um prévio fornecimento da informação, à equipe de trabalhadores do PA, da intenção de realizar uma pesquisa neste ambiente, cuja participação de todos trabalhadores seria solicitada através da assinatura de um Consentimento Livre e Esclarecido (CLE) (Apêndice B); num segundo momento, a pesquisadora visitou todos os turnos, apresentando esse documento a cada membro da equipe de saúde e aos demais funcionários que atuam no PA, colhendo as devidas autorizações e assinaturas.

Nesta pesquisa, foi adotada a técnica de observação não participante que se define como aquela que acontece quando o pesquisador toma contato com a comunidade, mas sem integrar-se a ela: permanece de fora, isto é, “[...] presencia o

⁷ O PA em estudo apesar de ter características de unidade de emergência, denomina-se PA, pois diferentemente de sua denominação e do que preconiza a lei (unidade de atendimento não hospitalar de referência ao setor primário e ao pré-hospitalar, para estabilização de casos graves e encaminhamento ao setor terciário dos casos de alta complexidade), esta unidade está inserida em uma unidade hospitalar que atende casos de média e alta complexidade do município e de toda região de sua abrangência dispensando transferência ao setor terciário, salvo algumas exceções que necessitam de especialidades não encontradas nesta instituição hospitalar.

fato, mas não participa dele; não se deixa envolver pelas situações; faz mais o papel de espectador” (MARCONI; LAKATOS, 2003, p. 193).

O período de observação no PA ocorreu em dois meses, com início em 04 de setembro e término em 30 de outubro do ano de 2006, nos diversos turnos de trabalho, com uma média de três horas em cada período de observação (manhã, tarde, noite 1 e noite 2), por semana, perfazendo um total de aproximadamente noventa e seis horas. Foram observados os atendimentos às vítimas de causas externas, focalizando, especialmente, as questões éticas, organizacionais e a atuação da equipe diante desses enfrentamentos.

A observação ocorreu da seguinte forma: os secretários da recepção do PA, assim como os técnicos de enfermagem encarregaram-se de comunicar à pesquisadora, por contato telefônico, a chegada de vítimas acometidas por trauma e violência, independentemente do horário e do dia, incluindo-se finais de semana e feriados, dias de maior incidência desse tipo de acontecimento. Foi afixado ao lado do computador, próximo ao telefone, um lembrete contendo as características de vítimas de causas externas que fazem parte da população estudada, ou seja, as decorrentes de acidentes automobilísticos, acidentes de trabalho, acidentes domésticos, ferimento de arma de fogo (FAF), ferimento de arma branca (FAB), tentativa de suicídio, violência interpessoal, quedas.

Havia duas possibilidades desta informação: a comunicação antecipada da chegada da vítima, quando o serviço era previamente informado da iminência do recebimento de alguma vítima trazida pelo atendimento pré-hospitalar, polícia rodoviária ou civil e corpo de bombeiros. Isto possibilitava a chegada da pesquisadora ao local do estudo para acompanhar o atendimento desde seu início até o final; a comunicação imediata à chegada da vítima ao PA, o que permitia que a observação tivesse início a partir da chegada da pesquisadora no PA e acompanhamento dos momentos seguintes ao início do atendimento. Neste último caso, a observação do atendimento não ocorria na sua totalidade, mas proporcionava o acompanhamento da resolução do problema apresentado e as condutas dos profissionais.

A observação seguia até a redução do atendimento que podia ser a liberação da vítima ou seu encaminhamento para exames diagnósticos, UTI, Unidade de Internação Clínico-Cirúrgica, Centro Cirúrgico; ou sua permanência em

observação no PA e, em extremas situações, ao desfecho do caso que se encerrava com o óbito da vítima.

Os atendimentos às vítimas de trauma e violência e as questões organizacionais e éticas, foram observados a partir de um roteiro que compunha o diário de campo (Apêndice C), composto de alguns dados para favorecer o registro das observações realizadas, objetivando descrever: o ambiente, sua estrutura física e recursos materiais; recursos humanos, sua qualificação, as relações de trabalho, dentre outras e a relação da equipe no atendimento ao paciente de causas externas.

Após a fase de observações, realizaram-se as entrevistas semi-estruturadas, cujos participantes também assinaram o CLE (Apêndice B), e responderam a um instrumento (Apêndice D). Segundo Lüdke e André (1986), a entrevista semi-estruturada mantém uma relação de interação entre quem pergunta e quem responde, permitindo a coleta imediata e corrente da informação desejada. Para Triviños (1987), a entrevista é um dos principais meios que o investigador pode utilizar como técnica de coleta de informação, pois parte de questionamentos básicos e que podem favorecer uma ampliação das questões à medida que recebem as respostas dos informantes.

As entrevistas foram subsidiadas pelas observações registradas no diário de campo, destacando-se o ambiente, os recursos humanos, o atendimento e as relações da equipe com o paciente acometido por causas externas, a interação entre a equipe, questões éticas e organizacionais. Neste tipo de técnica, o entrevistador, apesar de observar um roteiro, pode fazer perguntas adicionais para esclarecer as questões e melhor compreender o contexto, especialmente, a partir dos dados já colhidos mediante observação.

A relação da pesquisadora com os entrevistados através de questões abertas, favoreceu a liberdade de fala para os informantes, conforme a afirmação de Turato (2003), não permitindo que a visão da pesquisadora fechasse as respostas. Eram os entrevistados que completavam seus raciocínios e significados das circunstâncias vivenciadas. Essa técnica possibilitou trazer dados obtidos durante o período de observação, tornando a coleta de informações mais significativa.

Quando, em alguns momentos, os pesquisados saíam do roteiro proposto, a pesquisadora, mesmo reconhecendo a importância das suas manifestações,

interferia com a finalidade de voltar ao contexto da pesquisa. Outras vezes, necessitavam ser estimulados para responder as questões propostas ou fazia-se necessário buscar as vivências ocorridas na fase de observação, de modo a explorar alguma situação, considerando-se os objetivos da pesquisa.

As entrevistas foram realizadas nos meses de novembro e dezembro de 2006, nos turnos da manhã, tarde e noite alternadas, conforme disponibilidade da equipe de saúde, no próprio local de trabalho (nos consultórios no momento em que não estavam sendo ocupados ou na sala do plantão médico). Tiveram uma duração aproximada de sessenta a cento e vinte minutos, devido a interrupções decorrentes da necessidade de atendimento de situações de emergência que surgiam no decorrer da entrevista (como realização de procedimentos, atendimento de emergências, dentre outras).

As entrevistas foram gravadas em fitas cassetes as quais serão armazenadas por um prazo de cinco anos. O uso do gravador não pareceu ser um fator de intervenção significativa no momento da entrevista a fim de prejudicá-la; pelo contrário, como disse Turato (2003), permitiu o registro fiel das informações orais dadas pelos pesquisados, assim como a manifestação dos seus sentimentos. Após a coleta dos dados, as falas foram transcritas de forma literal e posteriormente analisadas.

3.4 SUJEITOS

Os sujeitos da pesquisa, durante a observação, foram os profissionais que atuam no PA: enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos (equipe de saúde), porteiros, secretários e higienizadores (equipe de apoio). Estes últimos foram observados por atuarem nesta unidade em suas respectivas funções e não poderiam ser omitidos das observações porque estão presentes na maioria das circunstâncias.

Foram observados 27 sujeitos e, destes, foram entrevistados 4 médicos (M), 4 enfermeiros (E) e 6 técnicos de enfermagem (T). A escolha dos entrevistados foi realizada de acordo com a sua disponibilidade de tempo para participar como informantes sobre as questões organizacionais e éticas que permeiam as situações de atendimento a vítimas acometidas de trauma e violência. As entrevistas foram suspensas ao se constatar a repetição das respostas sobre o contexto

organizacional e ético do PA, as quais passaram a não trazer informações novas ou relevantes para a pesquisa, determinando a saturação e o encerramento da coleta de dados (TURATO, 2003).

Considera-se relevante informar que o grupo de entrevistados foi formado por indivíduos com idade entre vinte e dois e setenta anos; oito do sexo feminino e seis do sexo masculino. A atuação profissional é de no mínimo 8 meses e no máximo 43 anos em suas respectivas funções. Porém, observou-se que o tempo de atuação da equipe especificamente em serviços de emergências fica em torno de alguns meses a dois anos, o que indica pouca experiência profissional na área e a rotatividade de mudança no quadro profissional.

3.5 MÉTODO DE ANÁLISE DOS DADOS

A fase de análise das informações tem por objetivo “estabelecer uma compreensão dos dados coletados, confirmar ou não os pressupostos da pesquisa e/ou responder as questões formuladas, e ampliar o conhecimento sobre o assunto pesquisado, articulando com o contexto cultural da qual faz parte” (MINAYO, 2000, p.234-238).

Nesta etapa, seguiram-se os passos preconizados por Minayo (2000) que são:

a) **Ordenação dos dados** – Para efetuar a ordenação dos dados, tomou-se o roteiro das observações que foi organizado como diário de campo, e utilizado antes das entrevistas. Com essas anotações, construiu-se a descrição do espaço físico. A ordenação das entrevistas, após sua degravação, também foi feita no sentido de organizar as respostas de cada questão, cujas informações semelhantes foram aproximadas e agrupadas na composição inicial da análise.

b) **Classificação dos dados** – Para classificar os dados, procedeu-se, novamente, a leitura e releitura de todo o material obtido nas entrevistas, destacando-se as questões entendidas como mais significativas para construir as sub-categorias e categorias de análise, a partir dos objetivos propostos e do marco teórico.

c) **Análise final** – Nesta etapa, procedeu-se a uma maior abstração dos dados, já organizados em categorias e sub-categorias, realizando-se a análise com seu aprofundamento teórico. Buscando responder aos objetivos, originaram-se as

seguintes categorias empíricas: a) “A qualificação da equipe como uma questão ética” com a sub-categoria “O favorecimento do atendimento a emergência por meio do uso de protocolos”; b) “Precariedade de recursos como uma questão ética: espaço físico, materiais e equipamentos”; c) Alta demanda do PA *versus* organização do serviço, com as sub-categorias: “Rede básica X PA: opção do paciente”, “Os recursos humanos e sua influência na organização do PA” e “O sofrimento decorrente de conflitos morais e dilemas éticos”.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa teve como fundamentos éticos a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Para que a mesma se realizasse, foi solicitada, previamente, autorização para a realização da pesquisa na instituição hospitalar, primeiramente ao Diretor do Hospital (Apêndice E) e à Chefe do Serviço de Enfermagem (Apêndice F), por meio de um pedido formal, uma vez que estes são os responsáveis por todas as unidades hospitalares, inclusive o PA. Depois de autorizada a realização da pesquisa, na Instituição hospitalar, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Área da Saúde (CEPAS) da Fundação Universidade Federal do Rio Grande, e a provado conforme parecer nº 064/2006 (Anexo C) para, assim, iniciar de forma definitiva a coleta dos dados no campo de estudo, ou seja, no PA.

Aos participantes da pesquisa, foi assegurado o respeito aos preceitos recomendados na Resolução 196/96, bem como ao Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (COFEN, 2007) especialmente os artigos 90, 91, 92, 93, 94, 97 e 98. Os sujeitos da pesquisa, assim como quaisquer membros do hospital, terão conhecimento dos resultados da pesquisa através de sua apresentação após a conclusão do trabalho e defesa pública perante banca examinadora.

3.7 DESCRIÇÃO DO AMBIENTE DE TRABALHO

Analisando o ambiente de trabalho, pode-se compor uma visão do PA como uma das portas de entrada da maioria dos hospitais, e não seria diferente no hospital em estudo. Este PA vem sendo referência na região como de alta complexidade em neurologia e traumatologia, motivo pelo qual se torna o maior receptor da população, em situação de sofrimento e doença, do município.

Desta forma, seu atendimento destina-se a pacientes acometidos das mais diversas patologias, seja para simples consultas médicas até o recebimento de pacientes politraumatizados, com a realização de pequenos procedimentos aos de maior complexidade, exigindo conhecimento atualizado e qualificado da equipe de saúde que ali atua nas mais variadas modalidades de atendimento.

No que se refere à estrutura física, o PA é composto por: 1 recepção com banheiro feminino e masculino para o público em geral. Ao lado esquerdo de um corredor, há uma sala de atendimento à emergência (sala 1); ao seu lado, existe uma outra sala também destinada a atendimentos (sala 2); uma sala para colocação de gesso (sala 3); uma sala do setor administrativo (sala 4); uma sala para realização de eletrocardiograma (ECG) e para o armazenamento e administração de vacinas (soros antiofídicos, aracnídeos, escorpiônicos, antitetânicas, anti-rábicas) (sala 5); uma sala subdividida para guarda de materiais, roupas de cama; expurgo, além do banheiro para os funcionários (sala 6); uma sala onde se localiza o posto de enfermagem (sala 7) e por fim um quarto de observação feminino com três leitos (sala 8). Ao lado direito do corredor, há quatro consultórios médicos (sala 9, 10, 11 e 12); uma sala de exame ginecológico (sala 13); e um quarto de observação com 3 leitos, destinado ao atendimento masculino (sala 14).

A recepção compõe-se de uma sala de espera com cadeiras muitas vezes insuficientes para acomodar a demanda. Em frente a sua porta de entrada, há um balcão em que permanece um secretário com a atribuição de realizar o agendamento das consultas particulares e de convênios, assim como, também, para prestar orientações ao público em geral.

À direita da porta de entrada, há um segundo balcão, em que permanece um outro secretário(a), destinado a preencher as fichas de atendimento ambulatorial, de consultas pelo SUS e de internações que se fizerem necessárias em casos de urgências e emergência.

Na recepção, ainda, há uma porta que possibilita a comunicação com as demais salas de atendimento, a qual comumente permanece fechada, com a presença de um porteiro. Este possui a função de permitir a passagem dos pacientes para as consultas, mantendo a ordem de chegada, impedindo a entrada de pessoas não autorizadas no interior desta unidade, principalmente, quando da chegada de vítimas graves, motivo que chama atenção de curiosos, fato este

freqüentemente percebido durante o período de observação. A partir dessa porta da recepção, como já referido, existe um longo corredor, com salas em ambos os lados.

A sala 1, destinada ao atendimento às urgências e emergências, possui uma porta estreita que dificulta a entrada da maca conduzida pela equipe. Nesta sala 1, concentram-se materiais e equipamentos destinados a todos os tipos de atendimentos e procedimentos de menor e maior complexidade. Há uma alta rotatividade neste ambiente com a realização de procedimentos que necessitam de técnica asséptica. Caso ocorra a necessidade de outro atendimento de urgência simultaneamente, é utilizada a sala 2, que possui uma maca, saída de O₂ e ar comprimido, porém não dispõe de armários com materiais e equipamentos, havendo, portanto a necessidade de utilizar os materiais disponíveis na primeira sala, o que, muitas vezes, interfere no atendimento e fere a privacidade do paciente atendido naquele ambiente. Já, quando ocorre um acidente com múltiplas vítimas, há sua distribuição nas outras salas, como na sala para colocação de gesso e até mesmo nos consultórios.

A sala 3 destina-se à colocação de gesso, constituindo-se em um local amplo, com uma maca, negatoscópio, armário com materiais necessários a este procedimento. Ao lado deste local, há a quarta sala onde se encontra o setor administrativo do PA, juntamente com o setor de controle de infecção hospitalar, em que permanece a enfermeira da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) e o médico infectologista do hospital.

A sala 5 é destinada à realização de eletrocardiograma (ECG) com dois aparelhos, um fixo e outro móvel, com possibilidade de ser deslocado para as unidades, principalmente a UTI, devido à gravidade do quadro clínico destes pacientes, o que impossibilita seu transporte. Cabe salientar que é função dos técnicos de enfermagem do PA a realização de todos os ECG dos pacientes internados no hospital, assim como dos que se encontram internados ou em observação no PA e também dos pacientes atendidos ambulatorialmente. Esta mesma sala serve como sala de vacinação, possuindo uma geladeira com soros para acidentes com animais peçonhentos e vacinas que exigem um rigoroso controle de estoque, condições de armazenamento e temperatura, realizado pela enfermeira da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH). Cabe ressaltar que este PA

é considerado referência para a administração e distribuição destes soros para outros hospitais do município.

Como já referido, a sala 6 subdivide-se em vários ambientes. Primeiramente é destinada à guarda de materiais, ou seja, há um armário com comadres, papagaios, e cuba rins, e outro armário com roupas (lençóis, camisolas, compressas, travesseiros e cobertores); mais ao fundo, divide-se o espaço entre o expurgo, para desprezar material contaminado, e o banheiro dos funcionários.

A sala do Posto de Enfermagem destina-se ao atendimento de dois quartos com 6 leitos de observação. Em frente a essa sala, existe uma maca e uma cadeira de rodas para o transporte de pacientes. A última sala do lado esquerdo é destinada a 3 leitos de observação feminino que, na maioria das vezes, encontra-se com pacientes internadas por vários dias.

À direita do corredor, há quatro consultórios para exames em geral (salas 9-10-11-12), com mesa, cadeiras e maca para exames clínicos. Há uma sala (13) destinada para exame ginecológico com mesa própria para esse fim com foco de luz. Ao lado do consultório ginecológico, há uma ampla porta que dá acesso à unidade de clinica cirúrgica. No corredor de acesso a esta unidade, há o quarto do plantão médico do PA, com cama, armário, frigobar, televisão e telefone e banheiro com sanitário e chuveiro.

No final do corredor do PA, à direita, há outro quarto de observação com banheiro, reservado a pacientes masculinos. É permitido, aos pacientes de ambos os quartos de observação, a presença de acompanhantes. Cada um destes quartos possui três camas, que dividem o espaço com três bidês que servem para a guarda de comadres, papagaios e cubas rim individuais, três suportes de solução e três cadeiras de madeira extremamente incômodas destinadas aos acompanhantes que, muitas vezes, permanecem vários dias neste local. Cada ambiente possui uma janela com vista para o pátio interno da instituição que propicia uma adequada ventilação aos mesmos, porém não uma vista agradável da paisagem e sim paredes do prédio ao lado.

A equipe que atua no PA é composta por um médico plantonista, uma enfermeira (que também atua na Unidade Clínica Cirúrgica e Pediátrica) e dois técnicos de enfermagem.

A passagem de plantão ocorre às sete, treze e dezenove horas entre os membros da equipe de saúde da mesma categoria. Os técnicos de enfermagem recebem o plantão no posto de enfermagem, o qual se resume à informação do estado dos pacientes em observação, ou que, às vezes, permanecem neste local internados por falta de leito; os ECG dos pacientes internados que foram solicitados, mas ainda não realizados, procedimentos terapêuticos, diagnósticos e cuidados de enfermagem que estão em desenvolvimento ou que não puderam ainda ser concretizadas e que precisam ser comunicados e transferidos para o próximo turno.

Os médicos passam o plantão entre eles, sem um local determinado, podendo ser, às vezes, no consultório, em outras no próprio quarto do plantão, resumindo-se à comunicação dos casos que estão em observação, que aguardam resultados de exames diagnósticos; da solicitação de uma avaliação final do médico especialista para casos específicos; ou, ainda, do acompanhamento da resposta do paciente ao tratamento inicial.

As enfermeiras realizam a passagem de plantão, apenas entre si, na sala das enfermeiras, ambiente localizado no terceiro andar do hospital, destinado à passagem de plantão de todas as unidades do hospital, tornando-se o local de encontro dessas profissionais nas trocas de turnos. A enfermeira do PA informa não somente dados referentes aos pacientes em observação e ali internados quando há superlotação no hospital, mas também o plantão da Unidade Clínica Cirúrgica, com um total de 33 leitos, subdividida em 5 enfermarias com 6 leitos cada e 3 quartos de isolamento, que fica ao lado desta, e da Pediatria com um total de 15 leitos, localizada no andar superior ao do PA, as quais perfazem três unidades sob sua responsabilidade. O mesmo acontece com as demais enfermeiras que são responsáveis por duas unidades de clínicas médicas, simultaneamente, exceto a enfermeira que atua no Centro Cirúrgico, bem como a que atua na UTI. É importante ressaltar que a escolha das unidades, pelas quais cada enfermeira é responsável, é pré-determinada pela chefia de enfermagem, a partir da proximidade física dos ambientes, facilitando a coordenação das atividades, a utilização do tempo e a prevenção do desgaste físico do profissional que precisa se deslocar, muitas vezes, para diferentes locais.

O PA é um ambiente que pode necessitar da coordenação das atividades pela enfermeira e de seus cuidados especializados; por vezes, há apenas consultas

médicas ou a realização de pequenos procedimentos, que podem ser realizados pelos técnicos de enfermagem. Nestes momentos, a enfermeira costuma dirigir-se às demais unidades sob sua responsabilidade, porém os técnicos, ao constatarem a necessidade da sua presença, localizam-na, imediatamente, na Clínica Cirúrgica ou Pediátrica.

Os dois técnicos de enfermagem do diurno fazem rodízio de turno semanalmente, ou seja, duas semanas do mês trabalham no turno da manhã e duas semanas à tarde. Já as enfermeiras permanecem fixas em seus turnos de trabalho; somente nas substituições das folgas de plantão, domingos e feriados assumem mais de um turno. Os médicos seguem uma escala feita mensalmente pelo chefe do plantão médico, a qual constantemente é objeto de alterações, decorrente das suas solicitações de trocas, por dificuldade de cumprimento dos horários estabelecidos, ocorrendo seguidamente dupla jornada da carga horária por meio de acordo entre estes profissionais.

A organização para o cumprimento das atividades diárias se dá da seguinte forma: após a chegada da equipe de saúde e a passagem de plantão, os técnicos de enfermagem executam suas funções mediante escala de atividades realizada pela enfermeira responsável por esta unidade, válida para todo o mês, com troca semanal de funções. As atividades executadas pelos técnicos de enfermagem no posto de enfermagem resumem-se à cópia, a partir da prescrição médica, dos horários e medicações que o paciente receberá no seu turno de trabalho; retirada das medicações do armário; preparo e posterior administração de medicamentos; verificação dos sinais vitais; realização de cuidados nos pacientes, como, mudanças de decúbito, banho de leito quando necessário ou encaminhamento ao chuveiro e demais cuidados de higiene; transporte e acompanhamento para exames diagnósticos dos pacientes em observação ou internados no PA; transporte de medicamentos da farmácia; organização do posto de enfermagem e realização dos registros de enfermagem nos prontuários dos pacientes.

O técnico de enfermagem, que permanece na recepção do PA, é responsável pela conferência dos equipamentos e materiais disponíveis para os momentos de emergência; por auxiliar o médico nas consultas e procedimentos específicos; executar a prescrição médica após a realização de consultas nos casos necessários; e realizar os cuidados e procedimentos de pequena e média complexidade,

específicos da enfermagem. O preparo de materiais e sua entrega ao Centro de Materiais e Esterilização (CME), bem como a sua retirada e transporte para a unidade, são de responsabilidade de ambos os técnicos, ou seja, do que estiver com menos atividades durante o plantão.

A enfermeira é responsável pelo gerenciamento dos recursos humanos e materiais, por realizar escalas de atividades e de férias; supervisionar os técnicos de enfermagem no controle do funcionamento de materiais e equipamentos; encaminhar os aparelhos avariados para o conserto e por organizar a unidade de forma a viabilizar a assistência sem sobrecarregar a equipe que ali atua; comunicar-se com os demais profissionais de saúde para viabilizar o atendimento; executar procedimentos de maior complexidade; auxiliar o médico em situações de urgência e emergência e coordenar a equipe de enfermagem na prestação da assistência a pacientes críticos, além de realizar registros de enfermagem nos prontuários de pacientes acometidos por traumas graves submetidos a diversos procedimentos e técnicas especializadas e que irão necessitar de intervenções cirúrgicas ou intensivas; acompanhar os pacientes graves no transporte à tomografia, ressonância magnética, assim como na sua transferência para a UTI.

O médico é o responsável por conduzir a equipe no atendimento à emergência; realizar procedimentos específicos a sua função; contatar com outros médicos no caso da necessidade de intervenções especializadas; solicitar exames diagnósticos e realizar consultas médicas.

4 ANÁLISE DOS DADOS

Apresenta-se, neste capítulo, a análise dos dados referentes às possíveis relações existentes entre o ambiente organizacional de trabalho e as questões éticas presentes no atendimento dos pacientes acometidos de trauma e violência em um PA.

Entende-se como de fundamental importância para dar início a esta apresentação, o entendimento da conceitualização de PA, pois esta é a denominação da unidade em estudo. Segundo o CREMC (2001), esse tipo de unidade deve ter pessoal suficientemente preparado e orientado para dar solução aos casos clínicos menos complexos; identificar as patologias em que haja risco iminente de vida, ou sofrimento intenso; e encaminhar os casos graves, para os quais não possui solução, ao serviço hospitalar de atendimento à urgência. Portanto, os PAs são Unidades Não-Hospitalares de Atendimento às Urgências e Emergências, intermediárias entre o atendimento de urgência e o encaminhamento para hospitais:

Para os contingentes populacionais entre 30 mil e 250 mil habitantes, estão previstas unidades não hospitalares de atendimento às urgências, com portes distintos, em função da população de abrangência, habitualmente denominadas de unidades de pronto-atendimento (PA). Os PAs devem funcionar nas 24h, acolher a demanda, fazer a triagem classificatória do risco, resolver os casos de média complexidade, estabilizar os casos graves e fazer a interface entre a atenção básica e as unidades hospitalares (SANTOS et al., 2003, p. 501).

Diferentemente do conceito acima, e do que preconiza o parecer do CREMC (2001) e da Portaria 2.048/GM (BRASIL, 2004a), ressalta-se que o PA em estudo encontra-se anexado a uma estrutura hospitalar (setor terciário). Por essa razão, deve possuir recursos (nem sempre disponíveis), para atender as situações de urgência e emergências no próprio local, pois se encontra em uma estrutura hospitalar; desta forma, dispensa, muitas vezes, transferências para outros locais, salvo, situações de alta complexidade específicas.

Entre os tipos de pacientes vítimas de causas externas atendidas neste PA, conforme os entrevistados, destacam-se os acidentes de trânsito (automóveis e motos) com fraturas graves, FAB, FAF, violência interpessoal, quedas e queimaduras, o que confirma o apontamento de outros estudos (DESLANDES, 2002; DESLANDES; SILVA, 2000; GAWRYSZEWSKI; JORGE; KOIZUMI, 2004) e o que a nossa própria realidade diária nos mostra, através dos meios de comunicação.

Neste cenário, onde a urgência no atendimento é de extrema prioridade, os fatores organizacionais e éticos permeiam as ações do cuidado prestado pela equipe de saúde, o que no decorrer da pesquisa, deu origem às seguintes categorias empíricas: **A qualificação da equipe como uma questão ética; Precariedade de recursos como uma questão ética: espaço físico, materiais e equipamentos; e Alta demanda do PA versus organização do serviço.**

4.1 A QUALIFICAÇÃO DA EQUIPE COMO UMA QUESTÃO ÉTICA

Durante o período de coleta de dados, foi possível observar como ocorre a seleção de trabalhadores para atuar no PA, constatando-se que ainda não é feito o seu recrutamento, através de seleção específica para contratação de recursos humanos, com adequado perfil profissional e qualificação técnica. Em se tratando da equipe de enfermagem, as escolhas são baseadas, predominantemente, em observações prévias do desempenho de procedimentos. Segundo os entrevistados, não é feita uma seleção, propriamente dita, com edital e provas. Este recrutamento, comumente, é feito a partir de inscrições de *curriculum vitae*, podendo se pautar por critérios técnicos, quando a escolha recai sobre o reconhecido como o mais competente e preparado para o exercício do trabalho em um PA; mas pode ser também político, quando recai sobre o reconhecido como o mais conveniente para a ocupação da vaga no PA, independente de sua experiência prévia e qualificação.

Por vezes, os próprios estagiários e bolsistas assumem as vagas disponíveis, ou ainda, o preenchimento das vagas se dá por meio de busca, nas demais unidades, de pessoal capacitado, com raciocínio lógico e agilidade, assim como de pessoas que se distinguem das demais por apresentarem características mais apropriadas ao trabalho do PA, como nos mostra a fala:

A gente tenta buscar nas unidades, todos os funcionários, profissional qualificado que tem. A gente faz uma seleção, mas o que mais a gente busca é um profissional capaz. Tem que ver se o

funcionário tem aquele raciocínio, uma lógica e agilidade. E visão, aquela agilidade toda que tem que ter. Tu consegues caracterizar o funcionário que serve para o PA, do funcionário que serve para o setor de unidade (E2).

Em se tratando da equipe médica, sua contratação ocorre por indicação do corpo clínico para preenchimento da vaga de plantonista, não por sua qualificação específica para tal função. O convidado aceita a vaga, às vezes, para complementar sua renda mensal, ou para adquirir experiência profissional, como diz o entrevistado (M2): *Sei pouco, dentro de minha pouca experiência profissional.* Esse tipo de contratação pode incluir, na equipe de saúde, médicos que atuam em diferentes especialidades com pouca afinidade ao atendimento de emergência. Tais profissionais, considerados excelentes nas suas especialidades médicas, podem demonstrar disponibilidade para atender à demanda que, em determinados momentos, superlota a emergência, bem como abertura para solicitar pareceres de outras especialidades médicas, caso necessitem, ao se depararem com emergências fora do âmbito de sua atuação.

No entanto, essa estratégia parece tornar-se um foco de dilemas éticos para os que ali atuam, principalmente quando é admitida, por exemplo, uma vítima de trauma crânio encefálico (TCE) ou uma fratura grave de extremidades, não se encontrando no PA nenhum profissional médico capacitado para atender essa emergência; isto é, pode estar de plantão, um ginecologista ou um clínico geral, sendo necessária a presença de um neurologista ou de um traumatologista, tornando-se imprescindível, portanto, a solicitação de parecer de um especialista que, às vezes, pode não vir de imediato.

Nessas situações, foi possível perceber, durante as observações e no relato dos entrevistados, a angústia da equipe de saúde em aguardar a chegada do médico especialista, que pode perdurar de minutos a horas, em situações que não são tão incomuns, impossibilitando a continuidade do tratamento, pois se faz necessária uma avaliação prévia para uma tomada de decisões: encaminhar o paciente ao centro cirúrgico para tratar o trauma abdominal ou ao setor de tomografia? Qual a prioridade deste paciente? É possível sedar ou não o paciente antes da sua avaliação neurológica?

Nesta espera, observou-se que a equipe acompanha as manifestações de dor do paciente; uma dor que, na verdade, por ele é vivenciada como o ator principal e assistida pela equipe, apenas como atores coadjuvantes, com todas possíveis implicações éticas decorrentes, relacionadas, mais especificamente, às fragilidades vivenciadas na organização ao serviço no que se refere à competência dos recursos humanos para o desempenho de suas funções. Por vezes, a equipe presencia e assiste com muito sofrimento e tensão ao agravamento do quadro, temendo o possível comprometimento de um prognóstico, até a chegada do especialista. Há, também, os momentos de sofrimento e angústia vivenciados pelos familiares à espera de respostas acerca dos encaminhamentos a outras unidades, para tratamentos diagnósticos ou definitivos na própria unidade.

Em se tratando dos demais trabalhadores que desempenham suas atividades no PA, como secretários(as), higienizadoras, porteiros, entre outros, devem ser recrutados por meio de critérios que os identifiquem como capazes de atuar nesta unidade com peculiaridades tão específicas, pois esse ambiente destina-se receber a população acometida pelos mais diversos e inesperados problemas. Sendo assim, todos que lá atuam necessitam estar preparados para realizar suas tarefas de forma eficaz, a qualquer momento, facilitando o trabalho da equipe de saúde na execução e conclusão de atendimentos.

No que se refere às secretários(as), entende-se que estes trabalhadores necessitam ser selecionados por critérios específicos para desempenhar tal função, pois, dentre suas atribuições na recepção do PA, precisam: receber os clientes que procuram o serviço em busca de especialidades médicas para consultas (embora estes médicos não fiquem à disposição no setor de emergência, sendo localizados para prestar este serviço tanto a clientes particulares como aos de convênios); proporcionar atendimento aos clientes do SUS, por meio dos médicos credenciados para este fim; recepcionar vítimas acometidas por acidentes, juntamente com seus familiares ou socorristas que prestaram o atendimento inicial; realizar as atribuições burocráticas e administrativas referentes aos atendimentos ambulatoriais e internações de urgência, dentre outras tarefas. Portanto, nesta unidade, se faz necessário pessoas capacitadas e eficientes para assumir tais funções, pois este setor, dentre outros, faz parte de uma empresa hospitalar privada que necessita

prestar serviços e gerar lucros à instituição, assim como, atender a demanda do SUS, para o qual o hospital terceiriza serviços.

Os demais profissionais que atuam no PA, como higienizadoras, também devem receber treinamento quanto ao uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), assim como primar pelo respeito à privacidade dos pacientes; compreender que neste ambiente poderão se deparar com situações chocantes que requerem controle emocional; como também o desempenho, com agilidade, da limpeza do ambiente, contribuindo para a manutenção da sua organização, favorecendo o atendimento nos momentos de emergência ou entre um atendimento e outro.

A partir da coleta de dados, foi possível constatar a problemática referente à insuficiência de recursos humanos que atuam no PA, identificada já nos momentos de recebimento de vítimas, quando se mostra usual a necessidade de participação dos porteiros, freqüentemente as pessoas mais próximas quando da chegada dos pacientes. Embora não seja sua função, estes trabalhadores participam da remoção da vítima para o interior da sala de atendimento à emergência. Em outras situações, foi possível observar que o atendimento era iniciado já no próprio veículo que trouxe o usuário, acarretando tumulto e momentos de tensão no ambiente. Em algumas situações extremas, parece haver a necessidade da ajuda não só do porteiro, mas também dos secretários para a remoção dos pacientes, com a realização de atos imediatistas e aparentemente impensados, frente à gravidade das circunstâncias, com o risco da ocorrência de possíveis seqüelas às vítimas no próprio ambiente hospitalar, como constatado na seguinte fala.

[...] o treinamento deve ser dado também aos que estão na porta, pois são eles que pegam a maca, eles que ajudam a retirar. Eles não têm paciência dentro do carro, [...] colocam de qualquer jeito, pegam de qualquer jeito [...] (T6).

Durante o período de coleta de dados, foi possível observar uma situação semelhante a acima descrita por um entrevistado, quando quatro jovens do sexo masculino, vítimas de acidente automobilístico, foram recolhidos e trazidos na parte traseira de uma caminhonete por leigos que transitavam no local, sem os cuidados apropriados ao transporte de pessoas politraumatizadas. Chegaram ao PA, sem prévio aviso, encontrando o local sem condições apropriadas para acolher esse número de vítimas em estado grave com necessidade de atendimento simultâneo, o

que exigiu a transferência de uma das vítimas para outra instituição hospitalar. Já os outros três pacientes que permaneceram no PA, necessitaram da ajuda de todos que ali estavam, inclusive dos porteiros que auxiliaram na sua remoção. Entretanto, foi possível observar a sua falta de preparo associada à sua ânsia de removê-los rapidamente para possibilitar o imediato início de seu atendimento pela equipe de saúde, incorrendo na ausência de cuidados, como a colocação de colar cervical, um número suficiente de pessoas para a remoção em bloco de cada vítima para a maca, a não utilização de EPI, além do aparente descontrole emocional apresentado por todos que se envolveram nesta remoção. Esta situação observada, possivelmente, contribuiu para o agravamento das seqüelas de uma das vítimas que apresentou trauma cervical, cuja lesão definitiva pode ter ocorrido no momento do acidente, no transporte do paciente ou na sua remoção para a sala de atendimento de emergências. Observou-se que a equipe de saúde percebeu o que ocorreu durante essa situação, assim como identificou riscos presentes em outras situações semelhantes, que lhes causam sofrimento no trabalho.

Daí, a necessidade de um recrutamento de pessoal especificamente capacitado para atuar neste setor, e em número suficiente, pois o PA é uma das portas de acesso da população à instituição. Dessa forma, cada profissional, de acordo com a sua área de atuação, deve ter capacitação teórico-prática para a prestação de um serviço de acordo com o esperado pelo usuário, assim como deve estar adaptado às peculiaridades do ambiente (DESLANDES, 1999; SARTI, 2005).

A população procura atendimento, possivelmente acreditando que o PA se aproxime do necessário e do ideal. A sociedade, no entanto, desconhece como ocorrem as formas de organização deste serviço, se há ou não seleção e qualificação dos trabalhadores; se são suficientes para prestar-lhes um atendimento seguro e de qualidade; o que ela deseja e necessita é ser recebida no serviço, ser atendida e resolver seu problema, com profissionais criteriosamente selecionados e qualificados para esse fim.

Para tanto, os recursos humanos que atuam neste setor necessitam ser “[...] diferenciados para assumir a responsabilidade de trabalhar ”em defesa da vida” dos usuários com capacidade para ouvir o que o paciente diz e o que não diz e “ver” o que está por trás de uma “queda” ou de um “assalto” e vê-lo em sua integralidade” (LEAL; LOPES, 2005, p. 422). Além disso, possuir competência técnica, condições

psicológicas para suportar e compreender a trama das relações sociais conflituosas que se originam nas ruas e chegam aos serviços de emergência. Isso requer que os profissionais da saúde considerem a interdisciplinaridade como objeto transcendente da dimensão biológica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

Dentre as estratégias adotadas para assegurar melhorias no atendimento do PA, um dos assuntos mais enfatizados nas entrevistas foi a necessidade de preparação dos trabalhadores de saúde do PA para atenderem os pacientes acometidos por causas externas. Sabe-se que a equipe de enfermagem (enfermeiras e técnicos de enfermagem) por mais esforçada e comprometida com o atendimento que seja, necessita de melhor capacitação específica para atuar nesta área, pois comumente não recebem qualquer tipo de treinamento ao serem contratados para desempenhar suas respectivas funções no PA. Dessa forma, os profissionais tentam resolver essa lacuna através do aprendizado, por meio da prática diária, mediada por profissionais mais experientes (enfermeiras mais antigas e médicos).

Mesmo que seja adotada, no PA em estudo, a aprendizagem desenvolvida a partir da prática no dia a dia, a maioria dos médicos, enfermeiras e técnicos de enfermagem, reconhecem que a educação dos profissionais não deve se pautar apenas nos conhecimentos práticos, mas estar associada ao conhecimento científico, ou seja, teórico-prático, pois esses permitem formar profissionais com capacidade de solucionar problemas frente à necessidade de contribuir para melhorar os indicadores de saúde da população, baseado nos princípios éticos e na responsabilidade social, bem como nos conceitos de equidade e qualidade do atendimento (MINAYO, 2005).

Observa-se que a maioria da equipe de saúde que atua no PA, parece consciente do risco do profissional desenvolver, na prática do dia a dia, um conhecimento empírico a partir do fazer, o que nem sempre é o certo, podendo colocar, muitas vezes, a vida do paciente em risco, como pode ser demonstrado na seguinte fala do profissional, em relação à falta de treinamentos para a qualificação da equipe: *Não tem treinamento, e só vão adquirir conhecimento com o tempo, com os erros, é infelizmente isso, exatamente isso (E1).*

A fala acima traz sérios questionamentos a respeito da qualidade do atendimento prestado no PA. A aprendizagem na prática, considerando que o

trabalho em saúde tem como objeto o ser humano; a aceitação do que se faz a partir de qualquer prática e, até, dos erros cometidos pode ter várias implicações éticas. Que erros “podem” ser cometidos em um PA? Quais as suas conseqüências? A quem cabe responder pelos erros cometidos? Quais os limites do erro? A aprendizagem, a partir dos erros e acertos, será eticamente aceitável, em se tratando da saúde e da vida de seres humanos? Essas são questões instigadoras destinadas à reflexão, porque a *priori* erros não deveriam ser cometidos, apesar do reconhecimento da possibilidade do erro como inerente a qualquer ação humana. Por isso, o profissional da saúde necessita refletir, aprofundar-se e atualizar-se, constantemente, nos estudos sobre os princípios da bioética, principalmente os da beneficência e da não maleficência, de modo a melhor analisar e interpretar ações, tomar decisões e atitudes, reduzindo seu sofrimento próprio e, principalmente do paciente, a possível vítima de erro.

Foi possível constatar que, associada a esta prática de aprender no dia-a-dia, encontram-se situações de difícil enfrentamento e/ou que requerem conhecimentos que não parecem ser da competência dos profissionais que atendem os pacientes naquele momento. Alguns profissionais, como técnicos de enfermagem e enfermeiras, costumam solicitar a ajuda de outro profissional presente no local, como uma outra enfermeira mais experiente e/ou um médico, para sanar dúvidas relacionadas ao manuseio de equipamentos; à avaliação sobre um determinado ferimento, quanto à presença ou não de processo infeccioso; à avaliação do nível de orientação espacial do paciente pós-queda; à evolução do quadro do paciente, dentre outras.

Por outro lado, esta prática de solicitação de ajuda pode representar e ser avaliada, pelos demais, como despreparo e falta de qualificação para atuar nesta unidade, contribuindo para decisões relacionadas à transferência do profissional “inseguro” para outro setor. Daí que este tipo de avaliação na equipe e conseqüente transferência do trabalhador de unidade pode estar contribuindo para que dúvidas e possíveis questionamentos sejam reprimidos e não manifestados aos colegas, pelo temor às conseqüências e represálias, como transferências indesejadas. Essa é uma realidade enfrentada por tabalhadores da saúde nas instituições que materializam e concentram os conhecimentos pelo seu envolvimento com o individualismo neoliberal: “Sem dúvida, todos esses fatões são elementos

constituintes da crise ética que vivemos. Nossa consciência moral praticamente desagrega-se em processos de informação e vivências paradoxais” (CHIATTONE; SEBASTIANI, 2002, p. 180).

Para amenizar situações como a descrita acima, torna-se importante pôr em prática o que está disposto na Portaria 2.048/GM de 2002, ao determinar que toda a equipe de saúde que atua em Unidade-Não Hospitalar e Hospitalar de Atendimento a Urgência deve estar capacitada pelos Núcleos de Educação em Urgências (NEU) e treinada em serviço para executar suas tarefas (BRASIL, 2004a). Essa portaria apresenta a classificação das Unidades Hospitalares de Atendimento à Urgência e Emergência, cuja nomenclatura divide-se em “Unidades Gerais” e “Unidades de Referência”, sendo estas últimas de “tipo I, II e III”. Esta mesma Portaria apresenta o Regulamento Técnico dos Sistemas de Urgência e Emergência, destacando a relevância da criação de NEU, devido ao:

[...] importante grau de desprofissionalização, falta de formação e educação continuada dos trabalhadores das urgências, resultando em comprometimento da qualidade na assistência e na gestão do setor; a necessidade de criar estruturas capazes de problematizar a realidade dos serviços e estabelecer o nexa entre trabalho e educação, de forma a resgatar o processo de capacitação e educação continuada para o desenvolvimento dos serviços e geração de impacto em saúde dentro de cada nível de atenção (BRASIL, 2004a, p.128).

Assim, confirma-se a necessidade urgente de qualificação de todos os membros da equipe de saúde. Porém, essa determinação não parece ser seguida pelo PA em estudo, pois nele não se constatou nenhum programa de educação continuada. Os profissionais que atuam no PA relatam dificuldades em participar de cursos, seja por empecilhos financeiros decorrentes do atraso salarial de meses, ou das dificuldades econômicas da própria instituição para oferecer cursos de capacitação no próprio ambiente hospitalar ou, ainda, por enfrentarem dificuldades de liberação e disponibilização de tempo, seja pessoal e/ou institucional, para realizá-los em outros locais de preparação específica:

Acho que disposição e vontade de melhorar o pessoal tem, mas enfrentamos barreiras e limites tanto hierárquicos quanto financeiros da entidade. Além disso, não autorizam e não dão espaço para melhorar o conhecimento e a prática (T4).

Observou-se que a falta de recursos financeiros da instituição acarreta diversos problemas de ordem pessoal e, principalmente, profissionais, pois a

instituição tem dificuldade de arcar com custos para realização de cursos específicos de qualificação, e o profissional, que ali atua, para buscá-los externamente à instituição e mesmo em outros municípios. Com raras exceções, há os que não dependem financeiramente da instituição, tendo outras fontes de renda e tempo disponível para realizá-los:

Acho que vai de cada um querer aprender, querer fazer cursos. Eu agora vou fazer uma pós de urgência e emergência, porque quero me qualificar melhor, essa é a minha necessidade agora. Os técnicos também deveriam ter mais interesse em se aperfeiçoar (E1).

Ficou evidente que a preocupação de suprir lacunas e exigências necessárias à prestação de um atendimento de qualidade parece ser, predominantemente, da equipe, demonstrando um aparente descomprometimento da instituição em oferecer treinamentos e cursos de qualificação para promover a educação continuada como um processo de educação complementar à formação básica, com o objetivo de atualizar e capacitar os indivíduos para as mudanças técnico-científicas, além de se constituir em um processo que inclui todas as experiências posteriores à formação inicial (GIRADE; DA CRUZ; STEFANELLI, 2006).

A instituição hospitalar justifica sua falta de investimento em educação continuada para a qualificação de RH, por meio da crise financeira, porém não parece motivo suficiente para deixar de promover a educação permanente que, para o Ministério da Saúde, pode ser conceitualizada como uma:

[...] aprendizagem significativa, que promove e produz sentidos, e sugere que a transformação das práticas profissionais esteja baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais, de profissionais reais, em ação na rede de serviços. A educação permanente é a realização do encontro entre o mundo de formação e o mundo de trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho (BRASIL, 2004b, p. 10).

A partir do exposto, fica evidente a necessidade de educação permanente, por meio de capacitações periódicas da equipe de saúde, desenvolvendo suporte teórico para aplicá-lo na prática, com maior envolvimento da equipe, afinidade e sincronia na execução do atendimento, facilitando a troca de conhecimento, de dúvidas e questionamentos entre o grupo, em benefício da assistência ao paciente. A qualificação deve ser um processo pautado na intelectualização dos recursos humanos na “[...] alta valorização de idéias, de respostas diversificadas, de inovação

e de resultados esperados decorrente da otimização da produtividade cerebral [...] Por isso, hoje, os ativos organizacionais mais importantes são as pessoas” (MENDES; MARZIALE, 2006, p.303-304).

Sendo assim, a educação permanente pode ser implantada por meio da estimulação à formação de grupos de estudos, preferencialmente, a partir das principais dúvidas e questionamentos emergidos da prática; de treinamentos aos profissionais que atuam em cada unidade, enfocando as deficiências de cada ambiente separadamente, implementados de forma voluntária pelos médicos e enfermeiras que atuam na própria instituição; discussão diária, ou sempre que necessária, dos casos de maior gravidade atendidos no PA entre os membros da própria equipe, assim como a liberação no próprio horário de trabalho para treinamentos voluntários que venham ao encontro de suas necessidades; enfim, diversas são as alternativas que poderiam suprir as necessidades prioritárias de aprendizagem dos trabalhadores sem custo adicional à instituição.

Para tanto, foi visualizado, no período de observação, que o hospital disponibiliza uma enfermeira para o processo de implantação de educação em serviço, que pode ser desenvolvida por meio de programas onde constem atividades no ambiente de trabalho, com vistas a oportunizar a aprendizagem quanto ao desenvolvimento pessoal e profissional, aumentando sua competência para melhor cumprir as suas responsabilidades (GIRADE; DA CRUZ; STEFANELLI, 2006).

No entanto, apesar do mérito da designação de uma enfermeira para atuar na educação em serviço, essa profissional necessita desempenhar várias outras funções, como o controle de infecção hospitalar, plantões nos finais de semana e feriados em variadas unidades de atendimento, substituição de colegas enfermeiras afastadas por atestado médico, o que a torna excessivamente sobrecarregada para o desempenho de tantas funções. Assim, a enfermeira encontra dificuldades de promover um programa de educação em serviço, com abordagem das prioridades de cada unidade, incluindo as questões específicas da unidade de emergência, a partir das dificuldades e problemas vivenciados, como nos relata um entrevistado: “*faltam aulinhas teóricas*” (T6) que existem, porém não vão ao encontro das necessidades do PA, pois “*são aulinhas sobre administração de medicação oral, estas coisas*” (T6), aparentemente, mais voltadas para as questões mais genéricas

das unidades de internação, não se caracterizando como uma aprendizagem significativa e com sentido para os que ali atuam.

Não se pode afirmar que seja apenas uma falha institucional no processo de qualificação de sua equipe de saúde, mesmo que esta possa enfrentar a situação através de educação em serviço, por ela promovida, o que iria ao encontro, em parte, ao preconizado pela Portaria 2.048/GM/MS de 2002 do Ministério da Saúde, que traz a necessidade de treinamento em serviço, por meio da educação continuada nos Núcleos de Educação em Urgência (NEU) (BRASIL, 2004a) e pela Portaria 198/GM/MS de 2004, que institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores de saúde (BRASIL, 2004b). A demora na implantação de Programas pelas políticas públicas pode interferir na qualificação da equipe de saúde que atua nas unidades de emergência, que atende a população acometida principalmente por causas externas, englobando os atos de violência que levam a traumas de altas proporções, problema hoje de grande repercussão epidemiológica tanto social, quanto de ordem econômica no país (MINAYO, 2005; SARTI, 2005; MINAYO, 1994; DESLANDES, 2002). Para tanto, a Portaria 2.048/GM, datada de 2002, traz como objetivos estratégicos (Capítulo VII):

Elaborar, implantar e implementar uma política pública, buscando construir um padrão nacional de qualidade de recursos humanos, instrumentalizada a partir de uma rede de núcleos regionais, os quais articulados entre si poderão incorporar paulatinamente critérios de atenção e profissionalização às urgências (BRASIL, 2004a, p. 138).

Do mesmo modo, faz-se necessária uma preocupação e controle social diante da complexidade do problema da violência, particularmente em unidades que se destinam ao atendimento de emergências, exigindo o desenvolvimento de programas interdisciplinares de ensino, com vistas a alcançar um novo tipo de pensamento crítico-reflexivo, para formar profissionais de saúde comprometidos com o contexto social em que estão inseridos (MINAYO, 2005).

4.1.1 O favorecimento do atendimento a emergência por meio do uso de protocolos

Ciente da falta de qualificação, um entrevistado trouxe a necessidade estratégica da adoção de protocolos, pois esse recurso ofereceria mais segurança aos profissionais da equipe, uma vez que padronizaria a seqüência do atendimento na execução das ações, norteando-as de acordo com cada organograma, visando à sobrevivência da vítima, como afirma em sua fala:

Talvez uma grande solução para o atendimento seria adotar protocolos bem estabelecidos. O que fazer em cada caso, acho que isso já seria um começo (M2).

Entende-se que, para facilitar o atendimento, a existência de protocolos agilizaria a seqüência e conseqüentemente conduziria a equipe à prestação de um atendimento mais eficaz e de qualidade, possivelmente, amenizando situações de indecisão e sofrimento dos trabalhadores, com repercussões positivas às pessoas por elas atendidas. Os protocolos visam aprimorar o atendimento nas unidades de emergência por meio da melhor capacitação dos profissionais que ali atuam, tornando-se um precioso instrumento de trabalho, cuja utilização resultará em uma melhor qualidade na assistência prestada à população. Para tanto, o Ministério da saúde produziu “Protocolos de Atendimento de Emergência”, composto por várias condutas dispostas em formato de organogramas, os quais direcionam como deve ser realizado o atendimento às mais diversas situações de emergência (BRASIL, 2002).

A seqüência do atendimento protocolizado para cada tipo de trauma ou patologia, determinando a função de cada membro da equipe conforme suas competências, sem a necessidade de aguardar ordens prévias, seguindo o organograma com as funções pré-determinadas, e uma seqüência lógica, parece o necessário e o ideal, contribuindo para a preservação da vida, diminuindo a perda de tempo, possibilidade de erros, agravamento das situações dos pacientes, riscos de seqüelas e morte. Todavia, estes protocolos de atendimento, além de serem construídos, devem ser exaustivamente treinados por todos integrantes da equipe, evitando situações como as descritas pelo entrevistado:

[...] para nós, o atendimento é totalmente estressante, não tem protocolo que explica como vamos receber; às vezes, a gente recebe de um jeito e, às vezes, recebe de outro; tudo de acordo com quem socorre a vítima (E1).

No PA em estudo, o não seguimento de protocolos estabelecidos, parece ser uma fragilidade do serviço a ser urgentemente superada. Observou-se, em algumas situações de urgência, a desordenação do atendimento, a não priorização do tempo e a distribuição inadequada da equipe na execução das atividades, refletindo uma seqüência de atendimento não eficiente, retardando o seu início, o que pode levar a problemas tardios e, até mesmo, ao óbito da vítima, de acordo com o PHTLS (2004), quando expõe a categorização dos óbitos decorrentes de traumas, já que a segunda e a terceira fase dos óbitos⁸ são ocasionadas principalmente por ineficiência e retardo no atendimento inicial. Diante dessa categorização, verifica-se que uma intervenção precoce na fase inicial do atendimento, por uma equipe treinada e qualificada, repercute diretamente no prognóstico da qualidade de sobrevivência da vítima.

Há que se destacar, ainda, que a protocolização, além de ser uma importante estratégia para favorecer o atendimento dos pacientes, com qualidade, constitui-se em possibilidade de redução do sofrimento da equipe, diante das tomadas de decisões de como e quem deve proceder em cada fase/momento do atendimento:

Constata-se atualmente nos trabalhadores [...] uma frustração [...] que exige uma maior capacidade de improvisação desses trabalhadores para a realização de procedimento, deixando-os insatisfeitos em relação à assistência prestada ao paciente. Esses elementos somados podem desencadear o sofrimento no cotidiano desses trabalhadores (MEDEIROS et al., 2006, p. 234).

Percebeu-se, também, que por falta de protocolo ou de normas (rotinas) de recepção de pacientes graves, a centralização da tomada de decisões está em torno da figura médica, de suas deliberações e decisões. Contata-se esta situação não apenas no que se relaciona à falta de protocolos, mas na elaboração do diagnóstico, pois é o médico que possui “formação” e “detenção” do conhecimento para tal, assim como, respaldo legal para solicitar e interpretar exames diagnósticos, bem como, operar grande parte do arsenal tecnológico para este fim. Dessa forma, o serviço de saúde e a organização tecnológica ficam à mercê da decisão médica, limitando a

⁸ Segunda fase dos óbitos: corresponde às primeiras horas após o acidente; terceira fase dos óbitos: corresponde de alguns dias a semanas, depois de ocasionada por falência de múltiplos órgãos.

participação dos demais trabalhadores da saúde na tomada das decisões (MARQUES, et al., 2007). Os trabalhadores de enfermagem ficam limitados no aguardo de sua ordem, como já constatado por diferentes autores (MINAYO, 2005; LEAL; LOPES, 2005; SARTI, 2005, LUNARDI FILHO, 2004). A seguinte fala ilustra esta observação:

[...] só tiramos o colar ou a prancha se o médico deixar ou mandar; quanto a puncionar, a gente pergunta para o médico, se ele não falar, a gente, pergunta novamente: “puncionar?”, aí ele fala o que é para fazer! (T3).

Além da limitação na tomada de decisões, um problema organizacional de grande relevância, especificamente na unidade de emergência, é o retardo para iniciar o atendimento pelo restante da equipe. Isso parece ser de maior gravidade, já que a situação de emergência não pode estar atrelada a decisões centralizadas em apenas um indivíduo, principalmente, quando neste local há apenas um médico plantonista para tomar decisões relacionadas a múltiplas vítimas, como demonstra a fala: *[...] às vezes a gente deve fazer aquilo ali, mas não tem aquela ordem lá de cima, “pode fazer”! Tu tens que receber uma ordem! (T1).*

Dessa forma, constata-se que a enfermeira e os técnicos de enfermagem ficam atrelados a ordens para agir, o que implica diretamente na otimização do tempo e na eficácia do atendimento, conduzindo ao cerceamento da iniciativa e à dificuldade do exercício de autonomia, principalmente da equipe de enfermagem:

[...] houve sempre e ainda continua havendo [...] um constante apelo à lembrança dos limites bem precisos que devem ser observados pela enfermagem na utilização desse saber, ou seja, das linhas gerais do conhecimento médico: um convite a manter a humildade para não constringer qualquer aspiração a maior prestígio, mas constringer qualquer emergência do desejo de poder vir a prescindir do médico, nas tomadas de decisões, até mesmo, quando relativas ao fazer específico de sua área de competência, não só técnica como legal (LUNARDI FILHO, 2004, p. 38).

De acordo com Santos *et al.* (2003), os procedimentos prestados vinculados a um modelo hierárquico, em que a figura médica parece ser incontestável, limitando decisões e iniciativas dos demais membros da equipe, pode ser um fator extremamente relevante e agravante neste tipo de situação, pois não há mais espaço para um modelo positivista, de atenção à saúde, oferecendo à população a maior quantidade possível de serviços centrados na consulta médica, voltada a tratar somente a enfermidade, sem dirigir um olhar à humanização do paciente, às suas condições sociais e culturais, a sua integralidade como indivíduo; sem que haja o

comprometimento e a intelectualização da equipe como um todo (MINAYO, 2005; LEAL; LOPES, 2005; SARTI, 2005; VILELA; MENDES, 2003).

4.2 PRECARIIDADE DE RECURSOS COMO UMA QUESTÃO ÉTICA: ESPAÇO FÍSICO, MATERIAIS E EQUIPAMENTOS

De acordo com a Portaria 2.048/GM de 2002, as Unidades Não-Hospitalares e Hospitalares de Atendimento à Urgência e Emergência “[...] devem contar com instalações físicas, recursos humanos e tecnológicos adequados de maneira a que se tornem o primeiro nível de assistência [...]”. Segundo o capítulo III, art. 2, § 2.4, a estrutura física se organiza “[...] de acordo com o tamanho e a complexidade da unidade” de três formas: opcional, desejável e obrigatória, com os seguintes componentes: a) Bloco de Pronto Atendimento onde se localizam: sala de recepção e espera (com sanitários para os usuários); sala de arquivo de prontuário médico; sala de triagem classificatório de risco; consultórios médicos. B) Bloco de Apoio Diagnóstico: sala para radiologia; laboratório de Patologia Clínica. C) Bloco de Procedimentos: sala para suturas; sala de curativos contaminados; sala para inaloterapia/medicação. D) Bloco de urgência/Observação: sala de reanimação e estabilização/sala de urgência; sala de observação masculina, feminina e pediátrica, com posto de enfermagem, sanitários e chuveiros. E) Bloco de apoio Logístico: farmácia (exclusiva para dispensação interna); almoxarifado; expurgo/lavagem do material; central de material esterilizado; rouparia; necrotério. F) Bloco de Apoio Administrativo: salas de gerência e administração; sala de descanso para funcionários (com sanitários e chuveiros); vestiários para funcionários; copa/refeitório; depósito de material de limpeza/área para limpeza geral; local de acondicionamento de lixo (BRASIL, 2004a).

A descrição da estrutura física acima mostra que deve haver uma subdivisão por blocos, constando ainda que “[...] esses recursos devem ser, no mínimo, aqueles disponíveis e exigíveis para as unidades não hospitalares de atendimento a urgências/emergências”. Além desse mínimo de recursos, as unidades hospitalares de atendimento à urgência/emergência devem estar preparadas para aumentar o seu nível de complexidade, relacionada ao seu tipo de classificação (tipo I, II ou III) (BRASIL, 2004a). Analisando-se a situação física do PA em estudo, em comparação com a estrutura física obrigatória anteriormente detalhada, observa-se, em primeiro lugar, que a distribuição em blocos não tem a mesma orientação legal.

Além disso, as vítimas de causas externas deveriam entrar num “[...] acesso coberto para ambulância, portas amplas para entrada de pacientes em macas e fluxo ágil até a sala de emergência” (BRASIL, 2004a, p. 79), o que foi referido por um entrevistado: *Desde que cheguei aqui no hospital, que eu peço uma chegada contra a chuva, para as pessoas, mas não fazem, um toldo, até isso pedi para fazer aqui, nem isso tem. Imagina, o cara chega na chuva, ali (M3).*

Na realidade, as vítimas de causas externas e os demais pacientes que aguardam atendimentos de menor complexidade entram pela sala de recepção, local onde também ocorre a triagem. Não existe uma sala apropriada para triagem classificatória de riscos. Essa seleção deveria ser feita em uma sala especial, por profissional qualificado, portador de certificado de ensino superior, em condições de averiguar as reais condições do paciente, encaminhando-os ao atendimento determinado para cada caso (BRASIL, 2004a).

Quanto ao Bloco de Pronto Atendimento, na recepção, atua um secretário, preferentemente, do sexo masculino, devido aos tensos momentos vivenciados no recebimento dos pacientes vítimas de acidentes em geral, de assalto, violência interpessoal, tentativa de suicídio, dentre outros. Estas situações requerem, freqüentemente, a comunicação e o envolvimento do secretário com profissionais de outras áreas, como policiais ônis e rodoviários, agentes penitenciários, para enfrentar situações pouco cotidianas, que, às vezes, ameaçam a segurança, a rotina e a própria integridade física dos funcionários do PA.

Observou-se, portanto, que a recepção é um dos locais mais tensos do PA, pois ali se dá a interação entre a equipe de saúde, a equipe de apoio intra-hospitalar e extra-hospitalar, familiares e a população em geral. Inúmeras são as situações que requerem essa interação como as que envolvem a necessidade de informar o caso recebido no PA aos órgãos competentes, quando há chegada de uma vítima com uma lesão suspeita (FAF decorrente de tentativa de assalto), não compatível com a história coletada e cinemática do trauma; o recebimento de vítimas trazidas por atendimento pré-hospitalar, (SOS/UNIMED e a UTI-Móvel do Município), corpo de bombeiros e pelos próprios policiais militares. Há, também, ocasiões em que a equipe do PA parece necessitar da presença dos policiais, quando sofrem ameaças dos próprios pacientes, familiares ou amigos da vítima, como nas situações de ausência de um profissional especializado (como um cardiologista), não disponível

no local naquele momento ou quando há atraso das consultas, devido à chegada de uma emergência.

Analisando a descrição da recepção do PA, observou-se que há dois balcões de atendimento (um para consultas particulares e convênios e outro para o encaminhamento aos atendimentos às urgências ambulatoriais, internações e consultas do SUS). Essa distribuição é justificada, porque o PA está junto à uma instituição hospitalar. Aparentemente, não se trata de uma questão discriminatória entre pacientes sem convênios, conveniados e particulares, pois todos parecem receber a mesma atenção, constituindo-se, aparentemente, em somente uma disposição organizacional para agilizar o atendimento dos diferentes interesses dos usuários. Com essa disposição dos balcões de recepção, o atendimento das emergências é feito com exclusividade, e por isso, mais rapidamente. Ao mesmo tempo, o outro balcão possibilita a continuidade ao atendimento do público em geral, uma vez que no mesmo prédio do PA há consultórios, já referidos na descrição, que são utilizados para consultas particulares e de convênios.

Outro fator observado e constatado nas falas dos entrevistados é a ausência de um local para acolher e prestar conforto aos familiares de vítimas de causas externas, que aguardam notícias na sala da recepção, junto a todos os demais casos que ali aportam, fazendo com que fiquem expostos à curiosidade pública em momentos de intensa ansiedade.

O enfrentamento dessa situação, algumas vezes, tem sido o encaminhamento destes familiares aos consultórios médicos desocupados naquele momento, como é afirmado por um entrevistado: *Às vezes coloco no consultório médico, quando não tem ninguém, para não expor tanto a família, porque tem muitas pessoas curiosas lá na frente que ficam perguntando aquilo ali, sabe (E1)*. A equipe tem consciência de que isso não resolve a situação, apenas a ameniza emergencialmente, mas gostaria de que houvesse preocupação da administração em superar esse problema através da destinação de uma sala apropriada para esse fim.

Apesar de não serem obrigatórias, mas opcionais, as salas para atendimento psicológico e de assistência social, são referidas como necessárias para essas ocasiões, pois a recepção é considerada inadequada para o número de pessoas que ali se instala para aguardar consultas, curativos, verificação de pressão arterial, dentre outros. As cadeiras são razoavelmente confortáveis, mas nem sempre em

número suficiente para acomodar a todos, criando situações de insatisfação e reações psicologicamente nocivas ao ambiente, movidas pelo aglomerado de pessoas emocionalmente afetadas ali presentes.

Constatou-se, no período de observação no PA em estudo, que, na falta de profissionais específicos, na maioria das vezes, a enfermeira é quem geralmente assume o papel de mediadora entre o paciente e a família, tornando-se o elo de ligação entre ambos. Para tanto, esta relação necessita ocorrer de maneira terapêutica, compreendendo as necessidades, identificando as prioridades e solucionando ou minimizando os obstáculos, diminuindo desta forma o sofrimento psíquico tanto da família quanto do paciente (PINHO; KANTORSKI, 2004).

A sala de arquivo de prontuário médico está localizada no mesmo local da sala de gerência e administração; esta última, a sala de gerência e administração, deveria estar no bloco de apoio administrativo. Associada a ela, está a sala de controle de infecção hospitalar, a qual não faz parte de nenhum dos blocos do PA. Portanto, uma única sala abriga diferentes funções, além de ter seu tamanho reduzido para atender a todos os requisitos que cada uma dessas atividades requer.

A sala para radiologia e o laboratório de Patologia Clínica, que constituiriam o Bloco de Apoio Diagnóstico, mesmo não fazendo parte da estrutura física do PA, estão próximos, localizados na estrutura hospitalar, facilitando o acesso imediato a esses serviços.

Quanto ao Bloco de Procedimentos, observou-se que a sala para suturas é a mesma sala de curativos contaminados, e, também, de reanimação e estabilização/urgência, sendo que esta última, a sala de reanimação e estabilização/urgência, deveria estar localizada no Bloco de urgência/observação, como prioridade do PA, sendo uma sala especializada e equipada de acordo com as necessidades dos procedimentos que são ali realizados. Considera-se que essa junção de salas está muito aquém do obrigatório, pois a sala de suturas deve ser um ambiente estéril; no entanto, ali também estão os atendimentos de curativos contaminados.

Na falta de mais de uma sala equipada, a sala de reanimação e estabilização de urgência (sala1) é referência para o atendimento às emergências e para os demais procedimentos. Assim, observou-se, como possível estratégia adotada pelos

profissionais para o enfrentamento dos problemas organizacionais vivenciados no PA, a retirada de um paciente estável que realizava um procedimento neste ambiente para permitir o atendimento de outro, em situação de emergência, que precisava utilizar os equipamentos disponíveis nessa sala. Isso gera várias conseqüências como ferir a privacidade, a autonomia, e, até, a integridade do paciente que está sendo atendido e a exposição a riscos do paciente que está adentrando no PA, o que é percebido pelos próprios trabalhadores:

A gente pega o paciente para fazer um procedimento na sala 1 e chega uma urgência; daí, temos que tirar aquele paciente dali, desfazer o preparo que ele teve e nós de fazer o preparo. E a privacidade! (T1).

A fala da entrevistada revela a exposição do paciente e o desrespeito à sua dignidade e a sua autonomia: “A despersonalização do cliente pode ser entendida como uma situação de desrespeito aos seus direitos à medida que é tratado como coisa, como objeto à mercê do cuidado dos profissionais da saúde [...]” (LUNARDI; SOARES, 2002, p. 67).

Foi possível observar que os procedimentos e atendimentos de maior complexidade costumam ser realizados na sala (sala 1), mas quando isso não é possível, equipamentos e materiais são removidos ou compartilhados com a outra sala de atendimento (sala 2), utilizada, geralmente, para a realização de inaloterapia. Ainda, quando o número ultrapassa a duas vítimas, estas são distribuídas, até mesmo, na sala para colocação de gesso e nos consultórios, de modo a viabilizar seu atendimento simultâneo, apesar da violação da privacidade com entradas e saídas das salas, para utilização dos equipamentos e materiais de uso comum:

A invasão do território e do espaço pessoal fere a dignidade do indivíduo. A privacidade é uma necessidade e um direito do ser humano, sendo indispensável para a manutenção da sua individualidade. [...] o enfermeiro tem que reconhecer que o paciente possui: o direito a atendimento humano, atencioso e respeitoso, por parte de todos os profissionais de saúde. Tem o direito a um local digno e adequado para seu atendimento, o direito a manter sua privacidade para satisfazer suas necessidades fisiológicas, inclusive alimentação e higiênicas, quer quando atendido no leito, no ambiente onde está internado ou aguardando atendimento (PUPULIM; SAWADA, 2002, p. 5).

Mesmo diante desses problemas organizacionais em relação ao número de salas equipadas, no período de observação, verificou-se que o atendimento no PA parece primar pela prioridade aos casos mais graves. Os entrevistados referiram que, quando estão realizando um procedimento menos complexo, e é admitido um

paciente acidentado, com suspeita de fratura, priorizam o atendimento ao recém chegado, concluindo o outro procedimento posteriormente. Eticamente considera-se importante qualquer procedimento (um curativo), porém um acidentado, geralmente politraumatizado, apresenta muito mais risco, inclusive de morte. Portanto, a vida do paciente é a mais extrema prioridade, entendendo-se que as vítimas de causas externas recebem atendimento imediato por qualquer membro da equipe, como evidenciado na fala:

A gente vai ter que priorizar a emergência, optar pelo paciente mais grave, a gente pode estar fazendo alguma coisa ali que não é tão grave, solta e vai atender a emergência (T3).

Porém, esta maneira de solucionar o problema de atendimento na emergência, por meio da priorização dos casos em escala de gravidade, em detrimento de outros, numa estrutura física inadequada, gera preocupação para a maioria dos entrevistados, principalmente para os técnicos de enfermagem. São eles que vivenciam de frente a situação de ter que proceder as trocas de sala, aparentemente, desrespeitando diretamente os direitos do paciente (PUPULIM; SAWADA, 2002). Enquanto cidadão, o paciente deve ser atendido com respeito e dignidade, apesar do possível menor grau de complexidade de seu procedimento. “[...] sendo a saúde um bem público e direito de cidadania, todos os esforços [...] devem ser considerados um exercício de cidadania e essa deve ser empreendida de maneira coletiva, fortalecendo aqueles que se apresentam fragilizados nesse processo” (PEREIRA; BELLATO, 2004, p. 24). Esse problema poderia ser resolvido se a norma legal fosse seguida, adaptando a sala de emergência às exigências assim descritas:

[...] comportar o atendimento de dois ou mais casos simultaneamente, dependendo do porte da unidade. As macas devem apresentar rodas e grades e devem estar distribuídas de forma a garantir a livre circulação da equipe ao seu redor [...] (BRASIL, 2004a, p. 79).

As questões éticas identificadas pelos entrevistados e constatadas na observação decorrentes da estrutura física inadequada são refletidas no atendimento: na exposição do corpo do paciente; no seu constrangimento, no seu pudor, na frieza do tratamento interpessoal e no desrespeito à sua autonomia, como relata o seguinte entrevistado: *“Isso é verdade, muito verdade, a gente nunca consulta, não é? Tem que fazer? Tem que fazer e pronto! Se o paciente quer ou não quer, isso já outro detalhe” (E4)*. Em outra fala foi dito: *“Às vezes, a gente... hummm,*

deixa o paciente, vamos, corta a roupa de uma vez e deixa tudo exposto, hiii... acontece” (T6).

Os acontecimentos relatados são mais evidenciados na sala 1, por ser o local de maior movimentação e trânsito de pessoas, onde, em algumas situações, entre um procedimento e outro, não é realizada a higienização do local, somente efetuada a troca do lençol da maca entre o atendimento de diferentes pacientes. Deste modo, dependendo da situação, parece haver pouco tempo, não apenas para a retirada do paciente, que está sendo atendido em um procedimento menos complexo, para a entrada de uma emergência. Isso fere, além da privacidade, a segurança do paciente em relação à higienização, com riscos de contaminação. Contribui, ainda, para o desencadeamento de situações inesperadas geradoras de estresse para a equipe. Os entrevistados, mesmo desconhecendo a Portaria 2.048/GM de 2002, detectam os problemas de espaço físico e apontam sugestões acerca da melhoria da estrutura física do PA, com salas onde possam separar cada tipo de atendimento, ou seja, uma sala para sutura, procedimentos e reanimação e estabilização de urgências. A sala para inaloterapia/medicação funciona numa sala de apoio à urgência/emergência (que deveria estar no bloco de urgência/observação). No bloco de urgência/observação há salas de observação masculina e feminina, com chuveiros e sanitários; no entanto não há uma sala de observação específica para crianças, com mobiliário específico para a idade, como berços ou camas com grades, com uma estrutura adequada para o atendimento pediátrico.

O posto de enfermagem, além de suas finalidades associadas ao atendimento dos pacientes em observação, é também usado como sala de descanso para a equipe de enfermagem; uma sala que deveria estar no bloco de apoio administrativo como uma sala de descanso para todos os funcionários, com sanitários e chuveiros. No PA observado, foi identificada apenas uma sala de repouso para os médicos plantonistas, com sanitários, chuveiros, ar condicionado e frigobar, o que não é previsto na portaria, possivelmente porque o legislador não teve qualquer propósito de diferenciar os profissionais. Destinar a apenas uma categoria profissional, uma “sala de descanso”, justamente àquela que, historicamente, detém o poder, é reproduzir a discriminação, às vezes aceita passivamente pela enfermagem, porque “[...] permanece arraigada à necessidade de que seja mantida a representação da

enfermagem como uma profissão subalterna, que está a serviço da medicina e de seus profissionais [...]” (LUNARDI FILHO, 2004, p. 163).

Pertenceriam ao Bloco de Apoio Logístico algumas salas que deveriam ser individuais para o uso do PA, como almoxarifado, central de material esterilizado (CME) e necrotério. Além destas, o vestiário e a copa/refeitório (que deveriam estar no bloco de apoio administrativo); no entanto, todas elas se encontram na estrutura do hospital, sendo de uso comum para toda a instituição.

O local que se destina ao expurgo e à lavagem do material e à rouparia estão em uma única dependência no PA. Nesse mesmo local, encontram-se os sanitários para uso dos funcionários, que deveriam estar no Bloco de apoio administrativo e não onde se encontram. Como se observa, não há um Bloco de Apoio Administrativo conforme a descrição legal, pois, muitas das salas que o comporiam estão dispersas nos demais blocos. O depósito de material de limpeza encontra-se no mesmo local em que ocorre o acondicionamento de lixo, com risco à saúde ocupacional, porque o manejo de resíduos sólidos, desde a sua produção, seguindo-se o acondicionamento e transporte interno, armazenamento, transporte externo até o seu destino final, requer planejamento, “[...] utilizando-se o menor percurso possível, no mesmo sentido, não provocar ruídos, evitando-se a coincidência dos fluxos de roupas limpas, pessoas, alimentos, medicamentos e outros materiais” (RODRIGUES DA SILVA, 1999, p. 60).

Mesmo diante da periculosidade do ambiente, observouse que as funcionárias da higienização utilizam a sala de depósito de material de limpeza e de acondicionamento de lixo, como local de descanso, enquanto aguardam para a realização de atividades não previstas na sua rotina de trabalho, ou em momentos de folga, por falta da sala de descanso de uso comum, como previsto na Portaria 2.048/GM de 2002 (BRASIL, 2004a), o que pode ser considerado um desrespeito à dignidade dos trabalhadores.

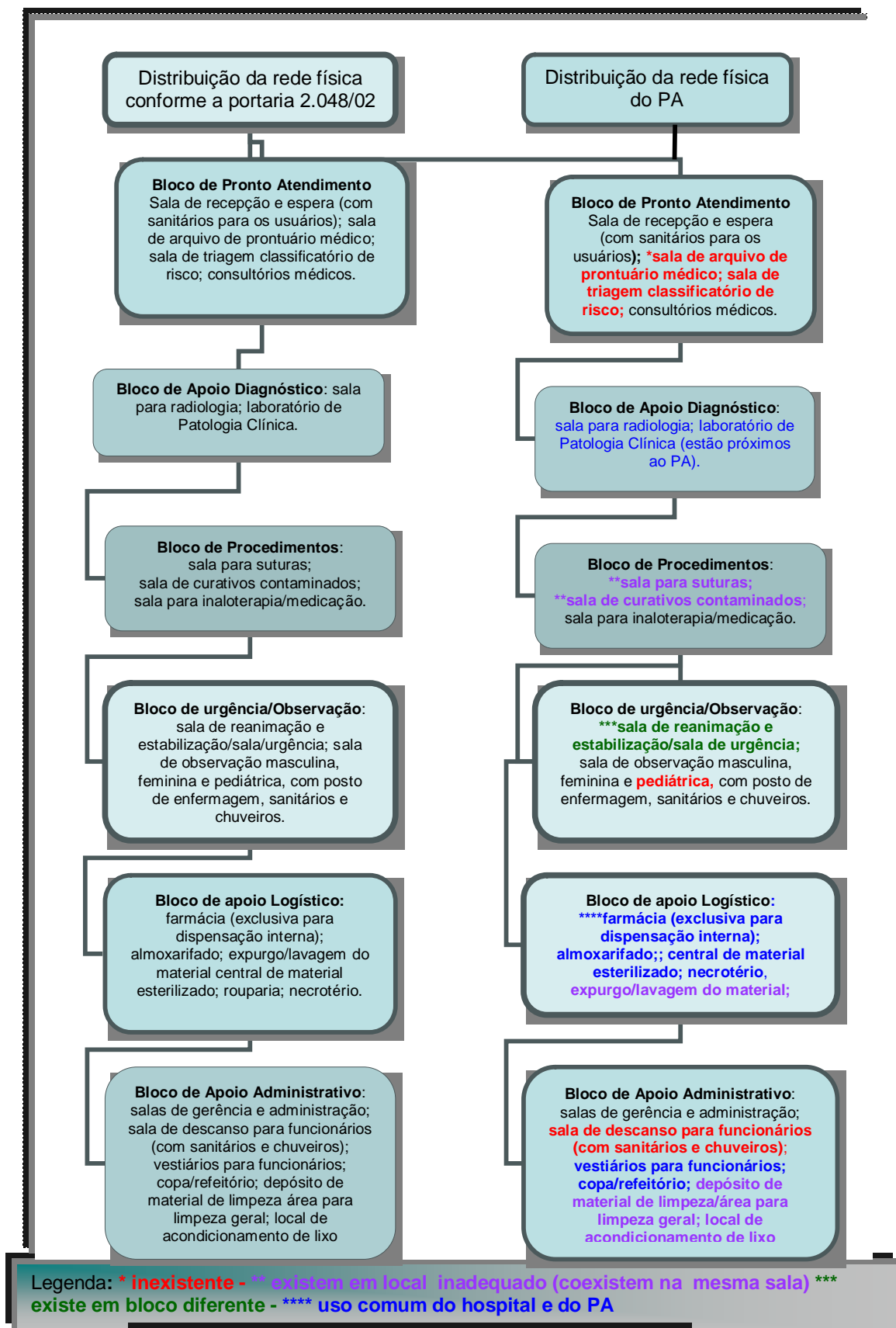


Figura 1: Relação entre a estrutura legal e a do PA em estudo

Procurando deixar mais elucidativa a comparação entre o que preconiza a legislação, a respeito da estrutura física mínima, obrigatória, e a existente no PA em estudo, entendeu-se como necessária a construção de um mapa conceitual (Figura 1) apresentando os blocos, de acordo com o exigido, ao lado dos blocos do PA, os quais não seguem a mesma orientação. A distribuição das salas foi organizada de forma a acumular funções, nem sempre compatíveis.

Dos equipamentos, necessários e obrigatórios⁹, listados na Portaria 2.048/GM de 2002, Art. 2, § 2.5, foi possível constatar que praticamente todos parecem disponíveis no PA. Entre os obrigatórios, observou-se a falta de respirador mecânico adulto/infantil e a bomba de infusão com bateria, que estão disponíveis apenas no setor da UTI. A bomba de infusão pode ser solicitada quando é identificada a sua necessidade no PA, porém nem sempre há garantia de sua disponibilidade. A falta do respirador mecânico, que não pode se afastar da UTI, em decorrência da distância deste ambiente com o PA e pelo risco de avaria, essencialmente pelo seu custo elevado, cria situações extremamente delicadas quando o seu uso é indispensável. Em certos casos o paciente do PA deve ser transferido, imediatamente, para a UTI, a fim de poder usar este equipamento. Já, o sistema de telefonia e de comunicação e o gerador de energia elétrica são equipamentos compatíveis com o consumo do hospital e são extensivos ao PA.

Em relação aos recursos materiais, ou seja, ao mínimo exigido conforme o disposto na Portaria 2.048/GM de 2002¹⁰, observou-se que no PA são insuficientes e, às vezes, se apresentam em mau estado de conservação, justificado pela alta rotatividade e pelo seu excessivo manuseio, podendo comprometer o desempenho do atendimento em caso de um maior número de pacientes, como nos mostram os relatos a seguir:

⁹ A Portaria 2.048/GM de 2002, Art. 2, § 2.5 descreve a necessidade de: otoscópio com espéculos adulto/infantil, respirador mecânico adulto/infantil, oftalmoscópio, espelho laringeo, desfibrilador com marca-passo externo, monitor cardíaco, oxímetro de pulso, eletrocardiógrafo, glicosímetro, aspirador de secreção, bomba de infusão, cilindro de oxigênio portátil e rede canalizada de gases ou torpedo de O₂ (de acordo com o porte da unidade) e, ainda, o sistema de telefonia e de comunicação e o gerador de energia elétrica compatível com o consumo da unidade (BRASIL, 2004a).

¹⁰ Bolsa autoinflável (ambu) adulto/infantil, maca com rodas e grades, foco cirúrgico portátil, foco cirúrgico com bateria, negatoscópios, serra de gesso, máscaras laringeas e cânulas endotraqueais, máscaras ressuscitadoras infantil e adulto com reservatório, laringoscópio infantil/adulto, cânulas orofaríngeas adulto/infantil, jogos de pinças de retirada de corpos estranhos de nariz, ouvido e garganta, material para cricotiroidostomia, drenos para tórax, caixa completa de pequena cirurgia, frascos de drenagem de tórax e extensores, equipamentos de proteção individual, pacote de roupas para pequena cirurgia, conjunto de colares cervicais (tamanho P, M e G), prancha longa para imobilização da vítima em caso de trauma, prancha curta para massagem cardíaca (BRASIL, 2004a).

Tem uma pinça dente de rato e eu queria uma anatômica. Ou só tem uma pinça e a pinça não ta prendendo bem. Eu quero fazer uma sutura delicada e não tem material específico para aquele procedimento (M1).

O porta agulha às vezes não fecha direito, não pega a agulha ou às vezes esta faltando, é difícil (T2).

A falta de recursos materiais no PA é um problema antigo na área da saúde como um todo, não só da unidade em estudo, mas em todo o país. Tem sido motivo de muitas reivindicações aos segmentos governamentais na construção histórico-social das políticas públicas. Medeiros et al.(2003) constataram que a falta de material causa sentimentos de impotência nos trabalhadores que, mesmo assim, conseguem ter uma visão macroestrutural, buscando alternativas e adaptações, as quais podem muitas vezes resultar em risco para os próprios trabalhadores da saúde, conforme pode ser constatado na seguinte fala:

Você vai fazer uma sutura, chega a hora só tem luva de um tamanho, vamos supor minha luva é tamanho 8 e só tem tamanho 7,5. Se só tem aquela, eu vou usar, mas vou terminar com dor na mão (M1).

Para Lunardi et al. (2004, p. 935) “[...] em algumas instituições, os trabalhadores se vêem na contingência de ter que atuar com recursos materiais em condições inadequadas de funcionamento, de qualidade questionável, insuficientes, expondo a biosegurança dos trabalhadores, dos clientes [...]”. A questão da falta de material e/ou equipamento no PA é uma realidade indiscutível. Ao longo das entrevistas e mesmo nas observações realizadas, pôde-se perceber que, além disso, sua atualização não tem acompanhado a modernização tecnológica, e que a administração vem se defrontando com situações “[...] como por exemplo, desempenho insatisfatório, alto custo de manutenção, elevado índice de reparos, fluxo de equipamentos entre os serviços e a rápida obsolescência tecnológica” (ANTONINO, 2007, p. 1).

Ressalta-se que há uma preocupação por parte dos técnicos de enfermagem em relação à revisão, manutenção e conservação dos equipamentos; até mesmo porque são eles os responsáveis pela sua organização e pelo seu adequado funcionamento, principalmente em situações de emergência, ficando evidente, em suas falas, o estresse ocasionado por esta responsabilidade, pois expressam que

possíveis falhas decorrentes da inspeção e revisão de equipamentos e materiais podem gerar situações críticas que comprometem o atendimento do paciente, ficando sujeitos a possíveis advertências e punições:

[...] temos um caderno que andamos todos os dias se tem alguma coisa estragada. Se tiver, mandamos para o conserto. Todos os materiais são verificados, e se chega uma urgência, e for utilizado, é repostado esse material. Então, isso é uma coisa que nós, técnicos, organizamos, o que está faltando, o que está quebrado [...] (T1).

Porém, há situações que independem do *check list* diário, ou seja, falhas do próprio equipamento ou geradas pela tensão da situação de emergência. Nesses casos, a repercussão ética torna-se muito angustiante para a equipe, porque o paciente pode deixar de receber um atendimento necessário, com riscos graves a sua saúde, já apontado por Lunardi et al. (2007, p. 495), como:

[...] sofrimento moral e as implicações éticas [...] impotência, culpa e medo, diante da impossibilidade de executar o que consideram como o correto e de manifestar movimentos de resistência explícita, frente ao risco de punição; à angústia e preocupação em usar equipamentos e aparelhos avariados; à falta de respeito de médicos, exacerbada em situações de emergência, conduzindo a um clima de intranquilidade e pavor, dentre outros.

4.3 ALTA DEMANDA DO PA *VERSUS* ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO

A alta demanda do PA é ocasionada pela dificuldade que a população encontra de sanar suas necessidades na rede básica, no que se refere ao atendimento de baixa e média complexidade, mesmo existindo vínculo desta população com este serviço. Assim, os usuários buscam serviços de alta complexidade pela sua possibilidade de apresentar uma maior oferta de prestação de serviços num mesmo local, o que gera sobrecarga, estresse e insatisfação entre os membros da equipe de saúde que ali se encontram para prestar um atendimento especializado a uma determinada população (MARQUES, et al., 2007). Essa situação é analisada através de subcategorias que se aliam ao modelo organizacional, que recebe pacientes da rede básica, gerando demanda excedente aos recursos humanos disponíveis; causando conflitos morais e éticos.

4.3.1 Rede básica X PA: opção do paciente

Várias manifestações foram feitas pelos entrevistados acerca da comunidade recorrer ao PA em necessidades que poderiam ser atendidas nas próprias Unidades Básicas, como para a realização de um curativo, verificação da pressão arterial, entre outros procedimentos. No entanto, na opinião de um entrevistado (T5), o problema pode ser caracterizado como cultural, conforme a seguinte citação:

Isto remete à reflexão de que a implementação do SUS, em verdade, configura um processo que requer uma reviravolta ética, pois implica em um processo social de mudança na prática sanitária que exige dos atores envolvidos, como os profissionais de saúde, os gestores e os usuários transformações atitudinais e culturais (ZOBOLI, 2003, p. 14).

Decorrente da falta de orientação da população sobre como funciona e/ou deveria funcionar a rede básica, observa-se que parecem necessárias mudanças de enfoques educacionais para torná-la tanto mais visível como mais resolutiva, assim como afirmam também os autores:

A regionalização e a hierarquização, por si só, não garantem a redução do afluxo desnecessário de usuários aos níveis de maior complexidade. É esperado que os usuários não só sejam acolhidos no nível primário, mas que, fundamentalmente, recebam atenção resolutiva. Ou seja, a resolubilidade das unidades básicas e secundárias de saúde é condição fundamental para evitar a maioria dos encaminhamentos desnecessários aos centros de complexidade terciária e, particularmente, aos hospitais de maior porte, permitindo que seus leitos sejam ocupados por usuários que realmente deles necessitem (SANTOS et al., 2003, p. 501).

Conforme o depoimento de um entrevistado, a falta de soluções para os problemas na rede básica contribui para os pacientes procurarem o PA, pois lá encontram atendimento imediato, tendo, de alguma forma, seus problemas atendidos, mesmo que, às vezes de forma paliativa, mas com uma sensação de resolutividade, como demonstra a seguinte fala:

Eles vêm ao PA, porque há possibilidade de internação, são medicados e na rede básica não, [...] eles acham difícil ter que ir de manhã pegar ficha, para somente a tarde consultar. Aqui eles vêm, pegam ficha e já são atendidos (T5).

A constatação do entrevistado aponta para a resolutividade do problema de saúde, o que não parece encontrar amparo na rede básica, comprometendo a demanda no PA, como pode ser visto na declaração:

A falta de definições políticas, a baixa resolutividade e qualidade oferecida nos serviços, aliada à dificuldade de mudança nos hábitos culturais e crenças da população têm levado o usuário a buscar a assistência médica onde exista a porta aberta. A oferta restrita de serviços faz com que o

público excedente procure atendimento em locais que concentrem maior possibilidade de portas de entrada, sendo que os pronto atendimentos e as emergências hospitalares correspondem ao perfil de atender às demandas de forma mais ágil e concentrada. Apesar de superlotados, impessoais e atuando sobre a queixa principal, esses locais reúnem um somatório de recursos, quais sejam consultas, remédios, procedimentos de enfermagem, exames laboratoriais e internações, enquanto as unidades de atenção básica oferecem apenas a consulta médica (MARQUES; LIMA, 2007, p. 16).

Os entrevistados são unânimes em dizer que se os atendimentos do PA fossem destinados apenas a urgências e emergências, seriam mais eficientes. Uma forma de enfrentamento deste problema seria a educação massiva dos sujeitos e outras estratégias como a própria mudança da forma de fazer saúde, pois como afirma Campos, (2006b, p. 51): “Não há como atender e ao mesmo tempo transformar a demanda ávida por ações médicas que deságua em pronto-socorros, sem a contribuição da própria clínica reformulada e competente para estabelecer novas relações com a clientela”.

O fato dos usuários do SUS se dirigirem ao PA em busca de atendimento a casos que não se caracterizam como emergência não é aqui discutido, porém apenas sua repercussão como gerador de superlotação ou de sobrecarga de trabalho, evidentes nas observações feitas, e indicado pelos entrevistados como um problema grave:

Eu acho conflituosa a situação da superlotação da unidade. Se eu preciso transportar esse paciente para a UTI e esta unidade está cheia e daí, para onde vai este paciente? Entendeu? Para onde ele vai? O paciente vai ficar ali, porque não tem leito, não tenho estrutura física para acolher este paciente no PA, para onde eu vou correr? As salas cirúrgicas estão todas ocupadas, e esse paciente que chegou com uma fratura exposta, para onde ele vai? O que eu faço, mando para outro hospital, transfiro para outra cidade ou passo para a secretaria de saúde. Daí, eles são os responsáveis? (E1).

Os casos graves que necessitam de leito, de imediato, são considerados problemas emergenciais, quando não disponíveis, porque a integridade física do usuário pode ficar comprometida em decorrência de um longo período de espera no aguardo de leito. Entretanto, estas situações não são contínuas e comuns, como mostra a fala de um pesquisado:

É muito sazonal, por exemplo, no dia de hoje, nós estamos, acho, nem com a metade da lotação; mas tem dias que a

lotação supera, e muito, o que deveria ter. Então, isso varia muito, mas acho que dentro das possibilidades, dentro da demanda de pacientes, acho que o nosso PA consegue suprir (M2).

É possível constatar que o município não parece preparado para a demanda de atendimentos em unidades básicas de saúde nas 24 horas do dia, para a realização de procedimentos, até mesmo de pequena e média complexidade. A comunidade se dirige para o PA, aglomerando-se num local onde a urgência-emergência é prioritária. Esta é uma situação que se formou em tantos anos de desmandos e falta de investimentos na área da saúde, assim como decorrente da própria educação dos usuários, tanto no que se refere ao conhecimento do funcionamento do SUS, quanto à reivindicação de sua cobertura à população como é a proposta inicial desse sistema, criado há 17 anos (Lei Nº 8.080/90), tempo este suficiente para a sua implementação para mostrar resultados mais efetivos. Todavia, provoca desconforto e sofrimentos aos trabalhadores da saúde e aos usuários que necessitam da utilização desse serviço, pois:

Quando nos mobilizamos para pedir melhores condições de trabalho, os detentores do poder (muitos deles são nossos colegas!) jogam a população contra nós. Se nos resignamos às precaríssimas condições de trabalho, somos massacrados pela mídia por negligência, recusa de atendimento, cúmplice das más condições da estrutura e do atendimento que as pessoas recebem. Estamos na linha de frente recebendo toda a fúria da artilharia de uma sociedade que está em colapso, perdida tanto quanto nós, que somos parte integrante dela, mas ao mesmo tempo, alheamo-nos dela ou por ela somos alheados e colocados no papel de bodes expiatórios dos males que a assolam (CHIATTONE; SEBASTIANI, 2002, p. 180).

Entre as questões observadas, percebeu-se a banalização do sofrimento do paciente e do próprio trabalhador, como forma de superar e enfrentar problemas surgidos na organização do processo de trabalho decorrentes da superlotação. Porém, deve-se estar atento para não utilizar a aparente predominante opção do paciente pelo PA como justificativa para os seus problemas de ordem organizacional, nem ser ingênuos em creditar todos os problemas a um só fator:

Expressões como “isto é natural na unidade”, “faz parte da rotina”, “um morre outro vem”, ou o fato dos trabalhadores usarem o pronome “tu” para falar dos seus próprios sentimentos sinalizam aspectos dessa negação ou banalização do sofrimento no trabalho. No entanto, ao optarem por trabalhar com pacientes, os trabalhadores possivelmente assumem um compromisso ético que os obriga a agir dessa forma. O fato de ter que re-significar a ética na organização do trabalho ocorre, dessa forma, porque precisam de um novo significado ou o atual já não contempla as necessidades das pessoas envolvidas nessa situação (LEMOS; CRUZ; BOTOMÉ, 2002, p. 408).

Diante dessas análises, poder-se-ia acrescentar outras formas de comprometimento ético, como negligência e imprudência que advém de uma atitude de indiferença e culminam com relações nem sempre adequadas com o paciente, desrespeitando-o como sujeito autônomo, mesmo que, muitas vezes, em precárias condições de saúde, motivadas pela problemática que o levou ao PA, em situação de desvantagem, sem muitas vezes ter condições físicas e emocionais de reivindicar seus direitos.

4.3.2 Os recursos humanos e sua influência na organização do PA

Foi possível constatar, por meio da observação e das entrevistas, que a equipe de saúde parece gostar de atuar no PA, como demonstrado na fala: *É o nosso trabalho, a gente está aí para isso e gosto de trabalhar aqui* (T1), além de parecer conferir certo *status* aos que ali atuam, por ser um ambiente exigente quanto à agilidade e eficiência das pessoas: *Tudo é muito rápido aqui, um faz uma coisa, o outro faz outra, e o trabalho sai* (T3).

Essa posição marcada pelos entrevistados confere com a opinião de Sarti (2005) ao dizer que na emergência se trabalha com dinamismo, com o caráter não rotineiro, imediato, desafiante e de competência técnica. Sintetizando, percebeu-se que a responsabilidade e a importância da atuação da equipe no ambiente do PA podem ser evidenciadas nas manifestações que indicam: cumprimento do dever, independentemente de estar ou não recebendo o salário em dia; satisfação de pacientes de outros municípios, que se sentem bem atendidos, agradecem, e às vezes, retribuem até com presentes; conhecimento das atividades e atribuições por parte do pessoal, troca de experiências e aprendizagem mútua. Tais indicativos mostram satisfação dos profissionais em trabalhar no PA, pois se organizam de forma a sanar as lacunas do serviço com disposição, vontade, assiduidade, pontualidade, interesse em atender o paciente, buscando soluções no conjunto da equipe para oferecer resolutividade.

Os pacientes, ou mesmo seus familiares, parecem reconhecer o esforço desta equipe, ficando agradecidos pelo acolhimento que tiveram, expressando, através de palavras e gestos, o calor humano que ali encontraram. Isto faz com que a equipe pareça sentir-se realizada. Como diz Campos (2006b, p. 67),

[...] o trabalho em um centro de saúde, hospital ou em qualquer outra instituição pública, pode ser um espaço para realização profissional para exercício da criatividade, um lugar onde o sentir-se útil contribua para despertar o sentido de pertinência à coletividade.

Por outro lado, constatou-se, também, durante as entrevistas, que alguns dos integrantes que compõem a equipe não escolheram trabalhar no PA, porém, vem desempenhando suas atividades neste setor por diversas razões, tais como, ser a única vaga disponível no momento na instituição; apresentar em outra unidade um bom desempenho técnico e então ser designado para o PA; a opção de mais um posto de trabalho para complementar a renda familiar; trabalhar no setor ocasionalmente em substituição a colegas, dentre outros. Na maioria das vezes, iniciam suas atividades de um modo casual, neste ambiente, adaptando-se ao seu ritmo instável e estressante, desenvolvendo habilidades e afinidades, tornando-se quase que impossível, segundo eles, trocar este ambiente por outra unidade.

Também, podem ocorrer situações diferentes, quando funcionários não se adaptam ao ritmo do PA por estarem habituados a rotinas desenvolvidas nas outras unidades, fatores estes que poderão levar à falta de cumplicidade da equipe na prestação de um atendimento sincronizado. Analisando essa situação, entende-se como favorável, ao PA, que o profissional fosse transferido para outra unidade, com a qual possuísse maior afinidade, uma vez que é viável encontrar soluções de acordo com o interesse de ambas as partes: do PA que precisa de uma equipe sincronizada e do trabalhador que parece não ter desenvolvido afinidade com este local.

No que se refere aos recursos humanos, sua composição numa unidade não-hospitalar de atendimento às urgências e emergências (PA), conforme a Portaria 2.048/GM de 2002, Capítulo III, Art. 2, § 2.3 deve ter, obrigatoriamente, os seguintes profissionais: coordenador ou gerente, médico clínico geral, médico pediatra, enfermeiro, técnico de enfermagem, técnico de radiologia, auxiliar de serviços gerais e auxiliar administrativo e, quando houver laboratório na unidade, também deverão contar com bioquímico, técnico de laboratório e auxiliar de laboratório. No PA em foco, a equipe de saúde não conta com o médico pediatra. Com relação à radiologia, bioquímico, técnico e auxiliar de laboratório, são profissionais que atuam na estrutura hospitalar, com cobertura das 8h às 18h, não em horário exigido na lei; há,

porém, um atendimento de plantão para as emergências que extrapolam o horário da cobertura.

A presença de apenas um médico no PA contraria a Portaria 2.048/GM de 2002, que normatiza o número mínimo obrigatório de médicos para unidades não-hospitalares de atendimento à urgência/emergência em um médico clínico geral e um médico pediatra. Considerando a determinação legal, o PA em estudo se encontra com número insuficiente de médicos para atendimento de urgência/emergência, além de nem sempre contar com um clínico geral e, também, de não dispor de pediatra em nenhum dos turnos, o que se constitui num comprometimento no atendimento à criança. Ainda, o médico que atua no PA pode, às vezes, desenvolver atendimentos em outras unidades, em situação de urgência. Já, a ausência da enfermeira no PA decorre do seu exercício de outras atividades, em outras unidades como Unidade Clínico-cirúrgica, Pediatria e PA, ou seja, ela acumula funções, quando deveria ser obrigatoriamente exclusiva do PA (BRASIL, 2004a).

Com relação aos fatores organizacionais do trabalho, observou-se que a equipe se organiza para a realização das atividades diárias de forma a favorecer o atendimento às emergências no PA. Sendo assim, o atendimento às vítimas geralmente acontece da seguinte forma: o primeiro a entrar em contato com o paciente acometido por causas externas, na maioria das vezes, é o técnico de enfermagem, que atua na sala de recepção dos pacientes, porém não assume qualquer iniciativa ou realiza qualquer procedimento invasivo sem prévia autorização do médico ou da enfermeira, já que o serviço não possui, como já dito, protocolos de atendimento. O segundo técnico responsável pelos leitos de observação, ao qualquer sinal de emergência, desloca-se do posto de enfermagem para auxiliar seu colega, o que pode significar preterir suas atividades de rotina e procedimentos necessários aos pacientes já internados e em observação, situação expressa pela maioria dos técnicos entrevistados.

Em emergências, simultaneamente, a presença do médico é solicitada, assim como da enfermeira. Em algumas situações, sua presença não é imediata, como quando está atendendo consultas, realizando outro procedimento no PA, ou até mesmo atendendo alguma situação crítica que necessita de sua especialidade médica, em outras unidades, eventualmente.

Porém, ao ser constatada gravidade no caso, pelo técnico de enfermagem, o médico é comunicado, costumando interromper a atividade em execução imediatamente, desde que não haja comprometimento ao atendimento que está sendo realizado. Assim, dá-se início ao atendimento da emergência, pois é prioridade no PA prestar assistência à vítima de maior gravidade, em detrimento dos demais atendimentos e procedimentos, já que há apenas um médico de plantão, existindo, dessa forma, a necessidade de eleger prioridades.

A enfermeira, quando está no PA, recebe a vítima junto com o técnico de enfermagem da recepção e inicia o atendimento até a chegada do médico ou juntamente com ele. Porém, quando se encontra na unidade Clínico-Cirúrgica ou Pediátrica, a sua chegada costuma ser retardada junto à equipe, deixando, algumas vezes, os dois técnicos de enfermagem atuando em momentos críticos que antecedem sua chegada ao PA, sem sua coordenação.

O fato de uma enfermeira responder por várias unidades é uma questão passível de trazer consequências para o paciente e para a própria enfermeira, uma vez que, ao aceitar trabalhar nessas condições, contribui para uma maior vulnerabilidade do paciente a riscos, seja pelo retardo no seu atendimento, seja pelas decisões tomadas, além de situar-se, também, em situações de riscos. Segundo *E1* e *E4*, reiteradas vezes já foram encaminhadas reivindicações, apontando alternativas para tentar modificar esta situação, como por exemplo, mediante a contratação de mais enfermeiras, evitando o seu acúmulo de funções e atribuições. A falta dessas profissionais no atendimento direto ao paciente repercute na qualidade e na atenção ao seu cuidado, porque isso é percebido como ineficiência, tanto da profissional como da instituição, constituindo-se em desrespeito aos trabalhadores e aos usuários que procuram o serviço.

A sobrecarga de trabalho geralmente está vinculada à organização administrativa que faz com que a enfermeira assuma várias funções, sofrendo, por isso, a sobreposição de fatores:

[...] estressores, [...] número reduzido de funcionários compondo a equipe de enfermagem; falta de respaldo institucional e profissional; carga de trabalho; necessidade de realização de tarefas em tempo reduzido; indefinição do papel do profissional; descontentamento com o trabalho; falta de experiência por parte dos supervisores; falta de comunicação e compreensão por parte da supervisão de serviço; relacionamento com familiares; ambiente físico da unidade; tecnologia de equipamentos;

assistência ao paciente e relacionamento com familiares (BATISTA; BIANCHI, 2006, p. 535).

Ainda, quando ocorre a comunicação do recebimento de vítimas com antecedência, pela polícia ou pelo pré-hospitalar, a equipe se prepara para atender a situação de emergência e, dependendo da gravidade e do número de vítimas, outros funcionários, de diferentes unidades, são solicitados, por telefone, pela enfermeira para deslocar-se ao PA: [...] *quando há uma emergência, daí, a gente entra em contato com a enfermeira e ela chama mais alguém de outra unidade (T5)*. Essa medida estratégica contribui para tentar prestar um atendimento mais organizado, no que se refere ao aumento do número de RH, porém, em algumas situações, esta contribuição vinda de funcionários de outras unidades pode ocasionar mais tumulto, já que os mesmos desconhecem a estrutura física do local, não apresentando sincronia com a equipe que ali atua.

Em outras situações, ou seja, quando não há qualquer comunicação prévia da chegada de emergências, o que acontece, na maioria das vezes, pode haver comprometimento do funcionamento do PA, pois consultas são adiadas ou atrasadas; procedimentos são postergados; horários de medicações não são respeitados, podendo perder-se o acesso venoso de pacientes internados por falta de troca de soluções, assim como materiais não são entregues no CME no horário previsto. Essa problemática é de difícil solução frente ao modo como está organizado o PA. Todavia, analisando-se sobre o prisma dos princípios éticos, decisões e escolhas se justificam diante da urgência do atendimento não previsto, pois esta é a prioridade do PA. Sendo assim,

[...] uma ação danosa pode não ser errada ou injustificada no balanço. Embora, atos que causem danos, em geral, sejam *prima facie* errados por obstaculizarem os interesses da pessoa afetada, ações que causem danos, mas envolvam obstaculizações justificadas dos interesses de outros não podem ser tidas como erradas (ZOBOLI, 2003, p. 60).

Percebe-se, pela visão da autora, que se trata de conflito entre o acerto e o erro, se não houver reflexão sobre o princípio da não maleficência em relação às circunstâncias exigidas naquele momento em que se priorizou o princípio da beneficência à vítima mais grave em detrimento dos pacientes em observação.

Viu-se que se tratam de estratégias visando arranjos administrativos internos das funções exercidas pela equipe de saúde para melhor implementação das atividades do PA. No entanto, o atendimento às emergências propriamente dito,

funciona de modo, predominantemente, improvisado, uma vez que cada um atua segundo o seu entendimento, ou no aguardo de ordens superiores, o que nem sempre corresponde ou supre a necessidade que levou o paciente à emergência.

Assim, constatou-se, também, que o número reduzido de RH é um problema sério enfrentado neste PA. Nas situações de emergência, assim como nos horários de maior demanda, as múltiplas atividades assumidas pelos trabalhadores de saúde e de enfermagem interferem no desempenho, na qualidade da assistência e no ritmo da organização do trabalho, devido ao fato de o profissional ter de realizar um grande aporte de tarefas, as quais deveriam ser compartilhadas com maior número de membros da equipe de saúde.

Diante do exposto acima, frente a organização da atividade diária para o recebimento da vítima no PA, em comparação com a norma legal, vê-se que há uma distorção organizacional, a qual determina que o atendimento da vítima deve ser efetuado de forma imediata por toda a equipe de saúde “[...] Em qualquer uma das situações, um médico, um enfermeiro e um técnico de enfermagem deve dirigir-se, imediatamente, para a sala” (BRASIL, 2004a, p. 80). Ainda, para agilizar o atendimento, a chamada da equipe de saúde poderá ser realizada por aviso sonoro, o que facilitaria a sua localização, evitando procura via telefone, o que interfere na priorização do tempo.

4.3.3 O sofrimento decorrente de conflitos morais e dilemas éticos

Como vem se desenvolvendo esta análise, pode-se nela encontrar vários fatores que se estendem ao campo dos princípios básicos da moral e da ética, como os problemas advindos da opção dos pacientes pelo PA, a estrutura física do ambiente, a superlotação, a insuficiência de recursos humanos e a sobrecarga de trabalho, dentre outros. Associa-se, a este contexto, a falta de qualificação da equipe de saúde específica para atender o aumento da população acometida por causas externas.

Entende-se que essas questões também pertencem à moral e a ética porque permeiam situações que envolvem atitudes, decisões, acertos e erros que conflitam o ambiente de trabalho e causam problemas e dilemas éticos aos membros da equipe de saúde que já convive com fatores estressores da própria profissão que exercem. No conceito de Zoboli (2003, p. 46), “[...] ética é um termo genérico que

abarcava vários modos de entender e examinar a vida moral [...]”. Assim concebendo, moral é a estrutura do comportamento e do pensamento que regula a ação do indivíduo aliviando-o ou comprometendo-o eticamente. Deste modo, a ação considerada como moralidade, se refere à conduta certa ou errada do indivíduo, mas que é compartilhada no ambiente social (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

Quando há sobrecarga decorrente do número insuficiente de RH, associada à tensão própria do ambiente, destinado ao atendimento de pacientes em situações críticas de emergências clínicas e traumáticas, carregadas, na maioria das vezes, de muito sofrimento psíquico tanto para a vítima como para seus familiares, os conflitos se refletem de alguma forma na equipe, contribuindo para o surgimento de problemas psíquicos e físicos, que podem levar a doenças de diversas naturezas, como afirmam alguns autores (GODOY et al., 2003; GHIORZI, 2003; GONÇALVES; MAGALHÃES, 2003; BELANCIERI; BIANCO, 2004). Entre os entrevistados, foram ouvidas manifestações como:

[...] digamos que tenha que suportar. Aqui dentro a gente atende muita coisa. Já chorei com pacientes tanto indo a óbito ou sofrendo com dor. Já engoli, chorei, já vi, já entendi que é aquilo ali e eu devo estar pronta para ajudar. Penso, conto até três e digo “ele está precisando de mim agora”, por isso não devo chorar, mas prestar o cuidado necessário (T1).

A fala acima pode explicar com propriedade a questão do sofrimento e as possíveis doenças adquiridas no ambiente de trabalho no PA. O entrevistado que se emociona diante do sofrimento, manifesta, também, sentimentos de dor e sofrimento, podendo ficar à mercê de riscos psicológicos, como relatam vários autores (GONÇALVES; MAGALHÃES, 2003; BELANCIERI; BIANCO, 2004; COSTA, 2005).

Em se tratando de sentimentos despertados frente aos atendimentos prestados, relacionados ao sofrimento dos pacientes no PA em estudo, parece que discussões mais aprofundadas sobre dor, sofrimento e morte, são evitadas, reforçando a idéia de que tais sentimentos devem ser ocultados, sendo uma aparente forma de defesa que os profissionais de saúde parecem possuir para negar sua própria dor e sofrimento diante de situações consideradas críticas, de acordo com o que afirmam Pinho e Kantorski, (2004) e manifesto na seguinte fala:

[...] esses dias eu e minha colega trouxemos um paciente de arrasto. Ele estava “parando” e nós não conseguíamos erguê-lo, mas queríamos ajudá-lo (T2).

A intervenção acima mostra a dificuldade de erguer um paciente para colocá-lo na maca, o que parecia exceder as forças físicas dos trabalhadores. Nesse caso, o risco de trauma muscular, também, está presente com várias possibilidades de transformar-se em lesões osteomusculares:

Pesquisas [...] têm demonstrado que os trabalhadores da área de saúde apresentam uma taxa significativamente elevada de problemas nas costas [...] uma pesquisa com enfermeiras inglesas estimaram que 750.000 dias de trabalho são perdidos anualmente devido as algias vertebrais e que uma em cada seis enfermeiras atribui este início de dor a um incidente ao movimentar pacientes. Dessa forma, estudos têm demonstrado uma associação entre os problemas na coluna vertebral com a movimentação de pacientes acamados e com o excesso de esforço físico ao transportá-los (ROSSI; ROCHA; ALEXANDRE, 2007, p. 10).

Para suportar o cotidiano observou-se, a partir das entrevistas, que se formam diferentes estratégias de enfrentamento diante dos conflitos morais, dos dilemas éticos e do sofrimento. Diante disso, constatou-se que há profissionais que percebem e sofrem porque parecem não corresponder às expectativas da sociedade, sentindo-se aparentemente cúmplices da situação organizacional em que se encontram, como demonstra a seguinte fala:

Nós nos envolvemos muito com os pacientes, com os familiares, aí eles cobram o que a gente não pode oferecer, cobram demais, coisas que eu não posso resolver, nem meus colegas. Não sei quem deveria resolver estes problemas?(T3).

Os dilemas morais vivenciados por alguns profissionais que atuam no PA são caracterizados por situações que advêm de conflitos entre valores e regras morais pré-estabelecidas (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

Foi possível identificar, também, que outros profissionais que lá atuam parecem constatar a existência de problemas morais, porém, aparentemente, expressam apenas desconforto ou mal-estar diante deles, permanecendo mais como expectadores, como demonstrado na fala: *“[...] a gente tem procurado a não se apegar muito, fazer apenas o profissional” (T2).*

Outra estratégia utilizada e identificada entre os trabalhadores é procurar manter-se compenetrado na realização do procedimento técnico sem procurar saber

ou ter conhecimento de maiores detalhes sobre o paciente, como mostra a seguinte fala:

Dependendo do caso, a gente procura perguntar somente o que aconteceu na hora, não o que aconteceu antes, acho que prejudica o atendimento quando se procura saber a história [...] não procuro saber o que levou a acontecer aquilo, uma facada, um tiro, uma coisa assim, também fazer o quê? (T4).

Outros profissionais, ainda, parecem não perceber a problemática ética relacionada com repercussões na demora do atendimento dos pacientes:

Primeiro, só temos um médico, né, não adiantaria ter duas salas enquanto temos um médico; mas dentro da capacidade do hospital, do volume de atendimento, um médico é compatível com as necessidades. Então, eu não sei, acho que não vejo implicações éticas no atendimento (M1).

De acordo com esta fala, não parece haver qualquer implicação ética neste PA, local de referência, no município, e responsável pelo recebimento de vítimas de acidentes com múltiplos traumas, muitas vezes várias vítimas simultaneamente. Ter apenas um médico plantonista, o que já se contrapõe à orientação legal, implica em comprometer a ética organizacional. Por outro lado, o entrevistado comprova, na sua intervenção, o modelo vigente de formação profissional para a área da saúde, reforçando a formação clínica na vertente das ciências biomédicas, deslocando o social para a periferia (VILELA; MENDES, 2003). Segre e Cohen (1999, p.17) afirmam que “[...] a eticidade está na percepção dos conflitos da vida psíquica (emoção x razão) e na condição, que podemos adquirir, de nos posicionarmos de forma coerente, em face desses conflitos”. Observa-se que parece haver um distanciamento por parte dos profissionais dos sentimentos que provocam sofrimento:

A gente não dá muita bola, não se envolve muito sabe, chegou ali viu, passou, já quando é criança é mais difícil. Eu tento não levar para casa, deixo aqui, não trago problemas de casa para cá e não levo [...] não fico martelando na minha cabeça (T6).

Tais depoimentos parecem reafirmar seu preparo para manter a vida, e não para aceitar a morte, demonstrando segurança, agilidade, seriedade na execução das técnicas voltadas ao pronto restabelecimento da vítima, sem pensar na morte, que se faz tão presente neste ambiente, pois há uma:

[...] dificuldade existente entre as pessoas, de um modo geral, e também dos profissionais de saúde de enfrentarem o tema da morte. Parece preferível deixar velado e na escuridão um assunto que nos sentimos despreparados para enfrentar, optando por desconsiderar e negar a possibilidade de o cliente ser tratado como uma pessoa que pode estar enfrentando uma situação de morte e que tem o direito de ser respeitada, nessa situação, como pessoa, 'dona da sua vida' (LUNARDI et al. 2004, p. 937).

Outra estratégia adotada para enfrentar as tensões do ambiente, segundo a maioria dos entrevistados é reagir de forma natural em relação ao que está acontecendo à sua volta, ou seja, logo após atender uma emergência distrair-se com assuntos amenos e brincadeiras que, às vezes, podem até parecer inapropriadas para quem está externamente os observando, mas são formas de aliviar a tensão como demonstram alguns depoimentos: *“Eu tenho um jeitão de brincar com as pessoas, assim para aliviar a tensão, já sofri até agressividade de pessoas que não entenderam!”* (M4); *“A gente brinca, conta piada de madrugada, quando está pouco o serviço”* (E4). Essas são estratégias para aliviar a tensão do ambiente de trabalho em períodos mais críticos, confirmando o que vem sendo discutido em relação ao enfrentamento de condições tão adversas, tanto no sentido organizacional, quanto de experiência diária de vida, no cotidiano dos profissionais da área da saúde, que se obrigam a deparar-se com situações estressoras: *“Essas estratégias defensivas são construídas no dia-a-dia, como resultado de um acordo silencioso, quase sempre inconsciente, entre os trabalhadores de enfermagem para o enfrentamento das dificuldades encontradas no trabalho”* (SHIMIZU et al., 2002, p. 5).

Outra estratégia adotada é que, em períodos de agitação, a cumplicidade e a amizade que existem entre todos os integrantes da equipe, parecem minimizar os problemas organizacionais. Agindo com companheirismo, parecem conseguir superar o enfrentamento das tarefas rotineiras e inesperadas que surgem na iminência das situações de emergência, como nos mostra o seguinte relato:

Se faltar uma coisa me diz que eu vou fazer para ti [...] e tem essa coisa assim de companheirismo que um faz para o outro, me dá uma mão aqui, ou quando tem um ou dois pacientes em observação no fundo. O outro vai ajudar lá na frente, isso tudo faz com que a coisa flua melhor (E4).

Atuando dessa forma, todos parecem conseguir entregar o plantão do seu turno com as atividades diárias e inesperadas vencidas, na maioria das vezes, sem

acúmulo de tarefas. Todos parecem saber que cada turno tem suas rotinas a serem seguidas, assim como as urgências que podem chegar de forma iminente. Por outro lado, vencer tarefas, distanciando-se dos assuntos, fatos, ocorrências ligadas à dor e ao sofrimento nem sempre significam que essa etapa está vencida, porque:

O problema é que o profissional, na maioria das vezes, não percebe a intoxicação e que criou mecanismos de defesa – tudo se passa inconscientemente. Como consequência da falta de formação específica em psicologia em saúde acaba lançando mão do seu próprio arsenal de possibilidades pessoais, muitas vezes não elaboradas, para lidar com a relação com o paciente (BENETTON, 2002, p. 45).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da banalização da violência, que se tornou comum nos noticiários, visualizada nas mais diferentes formas da sua expressão: física, moral e psicológica, a realidade brasileira se vê, atualmente, com grande dificuldade de exercer o seu direito de liberdade, frente ao novo perfil ameaçador que se desenha no país através da desigualdade social, desemprego, corrupção, impunidade, falta de investimento na segurança pública e na educação, ou seja, refletido na ausência ou ineficiência do Estado, como responsável em assegurar os direitos da população.

É nesse contexto que o trauma e a violência estão inseridos, colocando-se entre as cinco principais causas de morte no mundo e em segundo lugar em morbimortalidade no Brasil; avolumam-se os problemas sociais que se refletem diretamente na área da saúde e são, particularmente, evidenciados nas causas externas, em que a violência interpessoal assume maior proporção. Além disso, considera-se que há problemas internos na rede de saúde, como fatores problematizadores que podem gerar inúmeras implicações éticas no trabalho da equipe de saúde, principalmente, em um PA, local destinado a acolher e prestar atendimento à população acometida de situações geradoras de trauma e violência.

Medidas governamentais vêm sendo decididas para o enfrentamento desta problemática, mas há vários problemas e dificuldades na sua implementação. Confrontam-se com problemas educacionais, de transição de um modelo ainda assistencialista, para um novo programa de atenção às urgências, descentralizado, hierarquizado e regionalizado, com vistas a valorizar a emancipação da cidadania; com problemas estruturais e organizacionais na implantação da rede básica, que tem finalidade preventiva e deveria assumir, verdadeiramente, a função de seleção e triagem dos pacientes, tendo condições de resolutibilidade, evitando a busca da população ao setor secundário e terciário, quando desnecessária, priorizando tais locais para o atendimento às emergências clínico-cirúrgicas e às causas externas.

A realidade do PA, onde este estudo foi realizado, parece semelhante ao restante do país. Nele, a maior demanda de pacientes atendidos é do SUS,

instituição esta que não possui estrutura própria, passando a terceirizar serviços, a baixo custo, na maioria das vezes com faturamentos abusivos em termos de repasses de verbas, banalizando a assistência à saúde, na sua integralidade, atingindo usuários e os próprios trabalhadores da saúde.

A busca de dados deste trabalho foi estruturada, metodologicamente, em dois momentos, sendo realizada, inicialmente, a observação dos fatores organizacionais e éticos durante o atendimento de emergências; e a seguir, entrevistas com a equipe de saúde do PA. Do processo de análise dos dados, originaram-se as seguintes categorias: **“A qualificação da equipe como uma questão ética”**; **“Precariedade de recursos como uma questão ética: espaço físico, materiais e equipamentos”**; **“Alta demanda do PA versus organização do serviço”**.

Na categoria “A qualificação da equipe como uma questão ética” , verificou-se que não há um processo seletivo para recrutar RH, de modo que nem sempre as pessoas contratadas são as mais capacitadas para o exercício de funções específicas do PA. Por isso, muitos trabalhadores procuram aprender e qualificar o seu fazer no próprio ambiente de trabalho, aconselhando-se com colegas mais experientes. Percebeu-se a falta de incentivo para a promoção da educação continuada e permanente, justificada pela instituição através da falta de recursos financeiros para investir na qualificação dos seus recursos humanos. Os trabalhadores da equipe de saúde do PA estão cientes de que a falta de qualificação, direcionada ao atendimento específico às causas externas, é um problema grave e reconhecem que a criação de protocolos possibilitaria conduzir o atendimento de uma forma mais eficaz, agilizando sua seqüência e conduzindo a equipe ao restabelecimento mais rápido possível da vítima.

Na categoria, “Precariedade de recursos como uma questão ética: espaço físico, materiais e equipamentos”, ao analisar-se a estrutura física do PA, materiais e equipamentos, em comparação com o preconizado legalmente, observam-se dissonâncias e fragilidades com comprometimento tanto dos direitos dos usuários e, até, de seus familiares, no que se refere à sua segurança, privacidade, integridade, dentre outros, quanto dos direitos dos trabalhadores de oferecerem um ambiente seguro à comunidade que os procura, com condições de trabalho adequadas.

Na categoria “Alta demanda do PA versus organização do serviço”, foi possível constatar a excessiva procura do PA para procedimentos de pequena e

média complexidade, demanda aparentemente não atendida com suficiente resolutividade na rede básica, o que pode estar associado à falta de conhecimento dos usuários e dos próprios profissionais de saúde, em orientar a população sobre o funcionamento do sistema público de saúde e sobre seus direitos como cidadãos.

O sofrimento, os conflitos morais e os dilemas éticos são fatores presentes no ambiente, fortemente associados às circunstâncias a que estão expostos os trabalhadores como a sobrecarga de trabalho, pelo número insuficiente de RH, além da tensão própria do ambiente, associado às atribuições assumidas em outros ambientes da instituição, que contribuem para o surgimento de problemas psíquicos e físicos, com possíveis adoecimentos. Também ficou evidente que os trabalhadores procuram ficar distantes dos sentimentos que envolvem dor, sofrimento e morte, embora convivam com essas situações cotidianamente. A equipe de saúde demonstra sofrer as tensões do seu cotidiano de trabalho, adotando algumas estratégias de enfrentamento, como procurar não se envolver com a história pregressa do paciente; compenetrar-se em suas tarefas, demonstrando segurança; reagir com naturalidade diante do sofrimento alheio, procurando amenizar o desencadeamento dos fatores estressores do ambiente, negando-se a expor e a mobilizar seus sentimentos de dor e sofrimento.

Há o entendimento de que o PA deveria se dedicar aos objetivos a que se destina urgências e emergências clínico-cirúrgicas e às causas externas, para possibilitar um atendimento de maior qualidade. Isso exige, também, a permanente qualificação da equipe, seu recrutamento adequado e a composição do quadro de RH de acordo com o perfil da unidade, além do suprimento da necessidade de recursos materiais e equipamentos em número suficiente, assim como a melhoria da sua qualidade, sua conservação, manutenção e treinamento para o seu manuseio.

O trabalho demonstra que o modo como o serviço está organizado no que se refere aos recursos humanos, materiais e rotinas de funcionamento, decididas administrativamente e aceitas pelos trabalhadores, têm implicações éticas tanto no atendimento dos usuários, e no seu processo de viver e morrer, quanto para os próprios trabalhadores que ali atuam, requerendo considerar sua condição de cidadãos, expostos a riscos graves, não somente com deveres a cumprir, mas com direitos a serem protegidos, respeitados e reconhecidos.

Para finalizar, entende-se que as razões do aumento considerável da demanda de vítimas de causas externas está fortemente ligada aos problemas sociais que antecedem a sua chegada às unidades de emergências. São problemas que podem ser tratados através de um conjunto de medidas que priorizem a educação para a prevenção; o atendimento pré-hospitalar; o atendimento intra-hospitalar; e a reabilitação.

O investimento em educação para a prevenção a causas externas necessita considerar o ser humano como um indivíduo em construção, desde o início da vida, interagindo e formando alicerces afetivos que permearão suas atitudes e visão de vida, pois já é comprovado cientificamente que a comunicação é realizada desde essa fase, mas que deve ser estimulada e ampliada, mediante programas de educação para a paz desde a educação infantil, orientações da família sobre métodos não violentos, disciplina e de análise resolutiva de conflitos, com a esperança de visualizar um futuro composto por gerações capazes de estabelecerem uma comunicação dialógica, em todos os impasses e crises, evitando a geração de violência. Essa é uma sementeira que poderá colher frutos em longo prazo, mas que, com certeza, gestaria mais humanidade. Sendo assim, havendo uma devida importância à educação e às demais medidas, gradativamente, investimentos poderiam ser minimizados, pois a prevenção evitaria a incidência de acidentes que hoje necessitam de atendimento pré-hospitalar, intra-hospitalar e de reabilitação. Faz-se necessário refletir e atuar na busca do desenvolvimento de novas concepções de políticas públicas de saúde, percorrendo o caminho da educação, precocemente, para que se instaure um processo de conscientização sobre os papéis das instituições, como defensoras da sociedade, e da sociedade como inspiradora das decisões governamentais.

REFERÊNCIAS

AGOSTINI, R. de. **O conflito como fenômeno organizacional identificação e abordagem na equipe de enfermagem de um hospital público**. São Paulo: USP, 2005. (Dissertação de Mestrado em Enfermagem – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP).

ANICE S. Maria. **Concepção ergonômica dos locais e dos espaços de trabalho de uma unidade de emergência hospitalar**. Florianópolis: UFSC, 1999. (Dissertação de Mestrado em Engenharia da Produção).

ANTONINO, P. H. D. **Gerenciamento e avaliação tecnológica e seu impacto nos serviços de saúde**. Disponível em <http://www.proext.ufpe.br/cadernos/saude/> acesso em 23/07/2007.

BARBOSA de P. L.; KANTORSKI, L. P. Refletindo sobre o contexto psicossocial de famílias de pacientes internados na unidade de emergência. **Ciencia y Enfermeria**, v. 10, n. 1, p. 67-77, 2004.

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

BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Princípios de ética biomédica**. São Paulo: Loyola, 2002.

BELANCIERI, M. de F.; BIANCO, M. H. B. C. Estresse e repercussões psicossomáticas em Trabalhadores da área da enfermagem de um hospital universitário. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 13, n. 1, p. 124-131, 2004.

BENETTON, L. G.. **Psicologia em saúde: a relação profissional-paciente**. São Paulo: I. G. Benetton, 2002.

BERVIAN, P. A.; CERVO, A. L. **Metodologia Científica**. 5. ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. Comissão Nacional de ética em pesquisa. **Resolução n. 196/96 sobre pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília, 1996.

_____. IBGE. **Síntese de Indicadores Sociais confirma as desigualdades da sociedade brasileira**. In: Síntese de Indicadores Sociais 2002, disponível em <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/htm>>, acesso em 13 de julho de 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção às urgências / Ministério da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. Portaria n. 198/GM/MS de 13 de fevereiro de 2004b.

_____. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. **Acidente e violências: conceito**. In:http://bvsmis.saude.gov.br/html/pt/pub_assunto/acid_violen.html# acesso em 12.06.2007.

CAMPOS, G. W. de S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cad. Saúde Pública**, v. 14, n. 4, p. 863-870, 1998.

CAMPOS, G. W. de S. 3. ed., **Reforma da reforma: repensando a saúde**. São Paulo: Hucitc, 2006^a.

CAMPOS, G. W. de S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caos da saúde. In: CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira (org.). **Inventando a mudança na saúde**. 3. ed., São Paulo: Hucitc, 2006b.

CECILIO, L. C. de O. (org.). **Inventando a mudança na saúde**. 3. ed., São Paulo: Hucitc, 2006.

CFM. Conselho Federal de Medicina. **Resolução do CFM Nº 1451/95** de 10 de março de 1995. São Paulo. Publicada no D.O.U. de 17.03.95 – Seção I – Página 3666 Disponível em:< <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/>> acesso em: 31 jan. 2006. 1995.

CHIATTONE, E. B. de C.; SEBASTIANI, R. W. A Ética em psicologia hospitalar. In: CAMON, Valdemar Augusto Algerami (org.). **A Ética na saúde**. São Paulo: Pioneira, 2002.

CLOTET, J.; LOCH, J. de A. Capacidade para tomar decisões sanitárias: autonomia moral versus autonomia legal. In: URBAN, Cícero de Andrade. **Bioética Clínica**. Rio de Janeiro: Revinter, 2003.

COFEN. **Resolução n. 311/2007**. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. 2007

COHEN, C; SEGRE, M. Breve discurso sobre valores, moral, eticidade e ética. **Bioética**, v. 1, n. 1 p. 19-24, 1994.

COSTA, A. L. R. C. da. **As múltiplas formas de violência no trabalho de enfermagem: o cotidiano de trabalho no setor de emergência e urgência clínica em um hospital público**. São Paulo: USP, 2005. (Tese de Doutorado em Enfermagem – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto).

CREMESC – Conselho Regional de Medicina do Estado de Santa Catarina. **Atendimento pré-hospitalar e transferência inter-hospitalar de urgência e emergência em Santa Catarina**. 2006. Disponível em <homepage/trasferencia/4.htm> acesso em: 31 jan. 2006.

CREMEC – Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará. Parecer CREMEC Nº 14/2001. 23/07/01. **Processo-consulta CREMEC Nº 2724/01**. Disponível em <www.cremec.com.br/pareceres/2001/par1401.htm> acesso em: 31 jan. 2007.

CREMESP – Conselho Regional de medicina do Estado de São Paulo. Atendimento às vítimas de trauma: treino deve começar na universidade. **Jornal**. Edição 211 – 03/2005. Disponível em <<http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Jornal&id=483>> acesso em: 31 jan. 2006.

DESLANDES, S. F. O atendimento às vítimas de violência na emergência: “prevenção numa hora dessas?”. **Ciênc. Saúde coletiva**, v. 4, n. 1, p. 81-94, 1999.

DESLANDES, S. F.; SILVA, C. M. F. P. da. Análise da morbidade hospitalar por acidentes de trânsito em hospitais públicos do Rio de Janeiro, RJ, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 34, n. .4, p. 367-372, 2000.

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

DRUMOND, D. A. F. Entrevista. **Revista Somese**, Sergipe, p. 16-18, maio/junho/julho, 2005. Disponível em: <<http://somesec.com.br/site/revista/>>. Acesso em 09 dez. 2005.

GAWRYSZEWSKI, V. P.; JORGE, M. H. P. de M.; KOIZUMI, M. S. Mortes e internações por causas externas entre os idosos no Brasil: o desafio de integrar a saúde coletiva e atenção individual. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 50, n. 1, p. 97-103 , 2004.

GHIORZI, Â. Da R. O cotidiano dos trabalhadores em saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 551-558, 2003.

GIANBERARDINO FILHO, D. Bioética em emergências pediátricas. In: URBAN, C. de A. **Bioética Clínica**. Rio de Janeiro: Revinter, 2003.

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 3. ed., São Paulo. Atlas, 1995.

GIRADE, M. da G.; DA CRUZ, E. M. N. T.; STEFANELLI, M. C. Educação continuada em enfermagem psiquiátrica: reflexão sobre conceitos. **Rev. Esc. Enferm.** V. 40, n. 1, p. 105-110, 2006.

GODOY, R. M. et al. Estresse em enfermagem: uma análise do conhecimento produzido na literatura brasileira no período de 1982 a 2001. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 486-494, 2003.

GONÇALVES, L.; MAGALHÃES, Z. R. Acompanhamento do trabalhador de enfermagem em reabilitação: a experiência de um hospital universitário. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 519-527, 2003.

INTERFACE dos serviços assistenciais com o serviço de registros e informações em saúde. In: **Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999. p. 43-59 , 244 p. (série Trabalho e Formação em Saúde).

KURCGANT, P. As teorias administrativas e os serviços de enfermagem. In: KURCGANT, P. et al. **Administração em enfermagem**. São Paulo: EPU, 1991.

LEAL, L. N. Expectativa de vida: 71,3 anos – segundo o IBGE, expectativa aumentou 0,3 anos em 2003, mas poderia ser bem maior se houvesse menos mortes violentas. **Jornal da Ciência**. SBPC. 02 de Dezembro de 2004. Disponível em: <www.jornaldaciencia.org.br/> Acesso em 07 dez. 2005.

LEAL, S. M. C.; LOPES, M. J. M. Violence as object of care in a trauma intensive care unit: the nurses' "view". **Ciênc. Saúde coletiva**, v. 10, n. 2, p. 419-431, 2005.

LEMOS, J. C.; CRUZ, R. M.; BOTOMÉ, S. P. Sofrimento psíquico e trabalho de profissionais de enfermagem. **Estud. Psicol.** V. 7, n. 2, 407-409, 2002.

LÜDKE, M; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo, EPU (Coleção Temas Básicos de Educação e Ensino), 1986.

LUNARDI FILHO, W. D. **O mito da subalternidade da enfermagem à medicina**. 2. ed. Pelotas: Edição do Autor, 2004.

LUNARDI, V. L.; SOARES, N. V. Os direitos do cliente como uma questão ética. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 55, n. 1. p. 64-69, 2002.

LUNARDI, V. L. et al. O cuidado de si como condição para o cuidado dos outros na prática de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 12, n. 6, p. 933-939, 2004.

LUNARDI, V. L. et al. A ética na enfermagem e sua relação com poder e organização do trabalho. **Ver. Latino-Am. Enfermagem**, v. 15, n. 3, p. 493-497 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 23 Jul 2007.

MARCONI M. A. e LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MARQUES, G. Q.; LIMA, M. A. D. da S.. Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v. 15, n. 1, p. 15-25, 2007.

MARQUES, G. Q.; LEAL, SMC ; LMA, M. A. D. S.; BONILHA, A.L.L.; LOPES, M.J.M. As praticas e o cotidiano de profissionais em serviços públicos de saúde na ótica de estudos acadêmicos. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 6, p. 2, 2007. Disponível em: < <http://www.uff.br/objnursing/index.php>>. Acesso em: 07/10/2007.

MEDEIROS, S. M. et al. Condições de trabalho e enfermagem: a transversalidade do sofrimento no cotidiano. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 8, n. 2, p. 233-240, 2006. Disponível em <<http://www.fen.ufg.br/revista/revista.htm>> acesso em 21/07/2007.

MENDES, I. A. C.; MARZIALE, M. H. P. Sistemas de saúde em busca de excelência: os recursos humanos em foco. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 14, n. 3, p. 303-304, 2006.

MINAYO, M. C. de S. A violência social sob a perspectiva da saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 10, p. 7-18, 1994.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7. ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 2000.

MINAYO, M. C. de S. (org). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 20. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

MINAYO, M. C. de S. Violência: um Velho-Novo Desafio para a Atenção à Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 29, n. 1, p. 55-63, 2005.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1992.

MINISTERIO DA SAUDE. Secretaria de Políticas de Saúde. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência. **Rev. Saúde Pública**, v. 34, n. 4, p. 427-430, 2000.

NOGUEIRA, V. M. R.; PIRES, D. E. P. de. Healthcare rights: an invitation for reflection. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 3, p. 753-760, 2004.

OLIVEIRA, L. C.; CICONET, R. M. Atendimento Pré Hospitalar. In: ESTRAN, Neiva Valesque Brum (coord.); MACHADO, C. S. et al. (org.) **Sala de emergência: emergências clínicas e traumáticas**. Porto Alegre: UFRGS, 2003.

PEREIRA, W. R.; BELLATO, R. A relação entre a precariedade do ambiente físico e o risco de infecção hospitalar: um olhar sob a perspectiva da ética, dos direitos e da cidadania. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 13, n. especial, p. 17-24, 2004.

PINHO, L. B.; KANTORSKI, L. P. Relacionamento terapêutico enfermeiro-família do paciente internado em uma Unidade de Emergência. **Revista Técnico-científica de Enfermagem**. v. 2, n. 7, p. 6-11, 2004.

PIRES, D. **Reestruturação Produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: Atlas, 1998.

PHTLS. **Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado: básico e avançado**. 5. ed., (trad. Poggetti, Renato Sergio et al.), Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

PUPULIM, J. S. L.; SAWADA, N. O. O cuidado de enfermagem e a invasão da privacidade do doente: uma questão ético-moral. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 10, n. 3, p. 12-118, 2002.

RIBEIRO, P. Distribuição de recursos financeiros e equidade: uma relação delicada na saúde. **Ciência & saúde coletiva**. v. 10, n. 2, p. 287-297, 2005.

RODRIGUES DA SILVA, C. E. **O processo de trabalho da limpeza e coleta do lixo hospitalar na emergência do Hospital Municipal Paulino Werneck**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 1999. (Dissertação de Mestrado em Ciências).

ROSA, N. G. da. **Dilemas éticos no mundo do cuidar de um serviço de emergência.** Porto Alegre: UFRGS, 2001. (Dissertação de Mestrado em Enfermagem – Escola de Enfermagem).

ROSSI, C. G.; ROCHA, R. M.; ALEXANDRE, N. M. C. **Aspectos ergonômicos na transferência de pacientes: um estudo realizado com trabalhadores de uma central de transportes de um hospital universitário.** Disponível em <<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/html/.htm>> acesso em 24/07/2007.

SANTOS, J. S et al. Avaliação do modelo de organização da Unidade de Emergência do HCFMRP-USP, adotando, como referência, as políticas nacionais de atenção às urgências e de humanização. **Medicina**, v. 36, n. 6, p. 498-515, 2003.

SARTI, C. A. O Atendimento de emergência a corpos feridos por atos violentos. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 107-126, 2005.

SEGRE, M; COHEN, C. (org.) **Bioética.** São Paulo: USP, 1999.

SHIMIZU, H. E. et al. As representações sociais dos trabalhadores de enfermagem não enfermeiros (técnicos e auxiliares de enfermagem) sobre o trabalho em Unidade Intensiva em um hospital-escola. **Rev. Esc. Enferm. USP**; v. 36, n. 2, p. 148-55, 2002.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais:** a pesquisa qualitativa em Educação. São Paulo: Atlas, 1987.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínica-qualitativa:** construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicada nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis: Vozes, 2003.

VERMELHO, L. L.; JORGE, M. H. P. de M. Mortalidade de jovens: análise do período de 1930 a 1991 (a transição epidemiológica para a violência). **Rev. Saúde Pública**, v. 30, n. 4, p. 319-331, 1996.

VILELA, E. M.; MENDES, I. J. M. Interdisciplinarity and health: bibliographic study. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 11, n. 4, p. 525-531, 2003.

ZOBOLI, E. L. C. P. **Bioética e atenção básica:** um estudo de ética descritiva com enfermeiros e médicos do programa saúde da família. São Paulo, USP, 2003. (Tese (Doutorado em Saúde Pública - Faculdade de Saúde Pública).

ANEXOS e APÊNDICES

ANEXO A

Quadro Funcional da Instituição

Composição do Corpo Clínico:

ESPECIALIDADES Nº MÉDICOS

ESPECIALIDADES	Nº MÉDICOS
• Pediatria	12
• Cirurgia Geral	07
• Cirurgia Plástica	03
• Cirurgia Pediátrica	01
• Obstetrícia	09
• Clínica Médica	05
• Traumatologia	07
• Cardiologia	05
• Coloproctologia	01
• Geriatria	02
• Endocrinologia	02
• Dermatologia	03
• Angiologia	02
• Pneumologia	02
• Otorrinolaringologia	03
• Oftalmologia	06
• Neurologia	06
• Neurologia Pediátrica	02
• Hematologia	04
• Neurocirurgia	03
• Nefrologia	03
• Intensivismo	01
• Oncologia	10
• Oncologia Pediátrica	01
• Hemoterapia	01
• Infectologista	01
• Urologia	02
• Reumatologia	01
• Alergologia	01
• Radiologia	03
• Anestesia	06
TOTAL	115

Número de Funcionários por Setor

SETOR	Nº FUNCIONÁRIOS
• Administração	30
• Farmácia/Compras	9
• Enfermagem	118
• Lavanderia	6
• SND	25
• Manutenção	5
• Recepção	14
• Higienização	38
• SADT	5
• Médicos	115
• TOTAL	366

Número de Leitos por Setor

SETOR	N. LEITOS
Clínica Médica	34
Clínica Cirúrgica	28
Obstetrícia	3
Pediatria	24
UTI	12
SUBTOTAL	101
Unidade de Emergência – Observação	06
Sala Recuperação (Bloco Cirúrgico)	04
Berçário	04
Pré-Parto	04
TOTAL GERAL LEITOS	119

Número de Leitos por Convênios

CONVÊNIOS	Nº LEITOS
SUS	84
OUTROS	35
TOTAL	119

ANEXO C



CEPAS

COMITÉ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE

Fundação Universidade Federal do Rio Grande
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação - PROPESP
Avenida Itália km 08 - Campus Carreiros - Caixa Postal 474 - Rio Grande - RS - CEP: 96201-900
Telefone: 3233 6736 - Fax: 3233 6822
E-Mail: propesp@furg.br Homepage: <http://www.propesp.furg.br>

PARECER Nº 064 / 2006

PROCESSO Nº 23116.003358/06-61

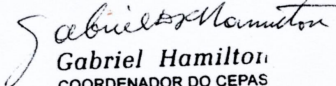
TÍTULO DO PROJETO: "Atendimento em Unidade de Emergência: Organização e
Ética "

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Valéria Lerch Lunardi

PARECER DO CEPAS:

O Colegiado decidiu que o projeto é **APROVADO** .

Rio Grande, RS, em 20 de julho de 2006


Gabriel Hamilton
COORDENADOR DO CEPAS
PROPESP - FURG

APÊNDICE A

CARTA À COORDENAÇÃO DO PRONTO ATENDIMENTO

POLL, Márcia Adriana. **Vítimas de causas externas em unidade de emergência: organização e ética no atendimento.** (Mestrado-projeto para qualificação) Fundação Universidade Federal do Rio Grande: 2006.

Abril de 2006.

Prezado Coordenador do serviço de Pronto Atendimento

A pesquisa referida acima tem o objetivo de investigar como o trabalho da equipe de saúde da unidade de emergência do hospital atua nos casos de atendimento de vítimas de causas externas. Isso envolve as questões organizacionais e éticas, conforme já autorizado pela Direção do hospital e pela Chefia de enfermagem.

Para que esta pesquisa alcance os objetivos, venho a sua presença, solicitar a sua colaboração no sentido de comunicar aos integrantes das equipes do Pronto Atendimento que visamos observar suas atuações técnicas e éticas, assim como as questões organizacionais e estruturais.

É indispensável para este estudo que os colegas da área da saúde se integrem aos propósitos da temática, como fonte de informação (através de entrevistas individuais) e como construtores de um subsídio influente na melhoria das condições de trabalho, na medida em que refletindo sobre o assunto, apontem dados esclarecedores que beneficiarão os estudos científicos.

Agradeço a atenção e a disponibilidade.

Márcia Adriana Poll

Responsável pela Pesquisa Mestranda da FURG

APÊNDICE B

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Termo de consentimento livre e esclarecido

Título da pesquisa: Atendimento em unidade de emergência: organização e ética.

Justificativa e objetivo da pesquisa:

Está comprovado pelas pesquisas que as causas externas estão hoje em segundo lugar em morbimortalidade, o que vem interferindo na sociedade e prescindem de atendimento imediato nas unidades de emergência. Trata-se, portanto, de uma pesquisa social que visa “Conhecer como os profissionais de saúde que atuam em unidade de emergência enfrentam as possíveis relações existentes entre o ambiente organizacional de trabalho e as questões éticas presentes no atendimento dos pacientes acometidos de trauma e violência”.

Os procedimentos a serem realizados

Para realizar este estudo, serão observados e entrevistados os trabalhadores da equipe de saúde que atuam na unidade de emergência (médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem), os quais formarão o grupo de participantes.

Desconfortos ou riscos esperados

Para os integrantes do grupo não haverá nenhum risco ou desconforto em participar deste estudo, pois serão respeitados as crenças e os valores dos envolvidos evitando qualquer tipo de constrangimento.

Benefícios que se pode obter

O benefício imediato para o participante é contribuir com a pesquisa e, em longo prazo, a possibilidade de dispor de um subsídio esclarecedor sobre o serviço em unidade de emergência.

Garantia: de que receberá respostas a qualquer pergunta ou esclarecimentos de dúvidas relacionadas à pesquisa e também acesso aos dados em qualquer etapa do estudo.

Liberdade de abandonar a pesquisa sem prejuízo

Salientamos que a sua participação na pesquisa é espontânea, em nada irá interferir no seu trabalho e devem sentir-se livres para retirar o seu consentimento em qualquer etapa do estudo, sem nenhuma punição ou prejuízo.

Garantia de privacidade

Asseguramos que os participantes deste estudo, não serão identificados e que se manterá sigilo das informações, bem como a privacidade das confidências e a proteção da sua imagem.

Isenção de custos: Garantia de que possíveis custos adicionais serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa, e que foi informado de que qualquer possível custo que este estudo trouxer, será pago pelo pesquisador.

Eu _____ (participante)

fui informado dos objetivos da pesquisa citada de maneira clara e detalhadamente e que os dados colhidos serão utilizados apenas para este trabalho. Recebi informações a respeito dos procedimentos a serem realizados e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento posso solicitar novas informações e me retirar do estudo se assim desejar. A responsável da pesquisa deixou claro que todos os dados são confidenciais e que terei a liberdade de retirar meu consentimento de participação na pesquisa diante desta informação.

Caso surjam novos questionamentos relacionados à pesquisa ou dúvidas quanto aos meus direitos como participante ou se penso estar sendo prejudicado posso chamar pela responsável da pesquisa pelo telefone (55) 33-24-26-67 ou (55) 99-17-11-69.

Responsáveis pelo Trabalho:

Valéria Lerch Lunardi
Rua Dr. Lavieira, 167- Jardim do Sol
Rio Grande – RS
Tel. (53) 32.35.14.48

Mestranda: Enf. Márcia Adriana Poll
Rua Cel. Martins, 787 – Centro
Tel. (55) 33.24.26.67
E-mail: mpoll@comnet.com.br

APÊNDICE C

DIÁRIO DE CAMPO

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DE RIO GRANDE – FURG

MESTRADO EM ENFERMAGEM

RESPONSÁVEL: Márcia Adriana Poll

ORIENTADORA: DR^a Valéria Lerch Lunardi

ROTEIRO DA OBSERVAÇÃO

DIÁRIO DE CAMPO: _____/setembro/outubro, 2006 () M () T () N horário _____

Tipo de acidente: _____ Sexo da vítima: _____ Qual o destino: _____

AMBIENTE	SIM	NÃO	Observações
Estrutura física adequado			
Recursos materiais:			
- nº de equipamentos disponíveis suficiente			
- Estado de conservação dos equipamentos			
Lotação da unidade			
RECURSOS HUMANOS	SIM	NÃO	Observações
Nº suficiente			
Qualificação			
Sobrecarga de trabalho			
Trabalho em equipe (Cooperação)			
Interação			
Liberdade			
Diálogo			
Banalização sofrimento (equipe)			
Relações interpessoais			
Respeito ao profissional como sujeito			
Relações de trabalho			
Autonomia do profissional			
Comprometimento ético			
Negligência			
Imprudência			
Não priorização do tempo			
PACIENTE DE CAUSAS EXTERNAS	SIM	NÃO	Observações
Relações com o cliente			
Desrespeito ao paciente como sujeito			
Privacidade			
Relação profissional/cliente			
Autonomia			

Banalização/Despersonalização do sofrimento do paciente:

Questão	Resposta		
1. Recebe o paciente dirigindo-se ao mesmo pelo nome?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Às vezes
2. Olha para o paciente quando se dirige ao mesmo?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Às vezes
3. Olha para o paciente quando este responde solicitações feitas?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Às vezes
4. Utiliza gestos enquanto orienta o paciente?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Às vezes
5. Utiliza linguagem de fácil compreensão para o paciente?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Às vezes
6. Quando solicita informações do paciente, espera pela resposta do mesmo?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Às vezes
7. Clarifica os termos utilizados pelo paciente?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Às vezes
8. Valida a compreensão da mensagem enviada e recebida?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Às vezes

Demais observações:

Responsáveis pelo Trabalho:

Valéria Lerch Lunardi
Rua Dr. Lavieira, 167- Jardim do Sol
Rio Grande – RS
Tel. (53) 32.35.14.48

Mestranda: Enf. Márcia Adriana Poll
Rua Cel. Martins, 787 – Centro
Tel. (55) 33.24.26.67
E-mail: mpoll@comnet.com.br

APÊNDICE D

ROTEIRO PARA A COLETA DE DADOS DA ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADA

POLL, Márcia Adriana. **Vítimas de causas externas em unidade de emergência: organização e ética no atendimento.** (Mestrado-projeto para qualificação) Fundação Universidade Federal do Rio Grande: 2006.

Novembro de 2006.

ENTREVISTA Nº _____

DATA ____/____/____

CODINOME: _____

1. Perfil sócio-econômico

a) Idade: _____

b) Sexo: F () M ()

c) Tempo de serviço em saúde: _____

d) Tempo de atuação na Unidade de Emergência: _____

e) Cargo Unidade de Emergência: Médico/a () Enfermeiro/a () Técnico de Enf. ()

f) Turno de trabalho: M () T () N ()

g) Você possui alguma outra atividade remunerada além da função desempenhada na unidade?

2. Quais são as vítimas de causas externas que são mais freqüentemente atendidas no PA?

3. Como tu percebes o atendimento de vítimas de causas externas aqui no PA? Enfrentas dificuldade neste atendimento?

4. Percebes que outros membros da equipe enfrentam dificuldades?

5. Quanto ao atendimento das causas externas você esta de acordo a acerca de como está organizado o ambiente do Pronto Atendimento:

6. Como vê a questão da lotação da unidade? Percebes questões éticas envolvidas?

7. Como vê a estrutura física?

8. Quanto aos recursos humanos como vê seu número? Parece suficiente? Compromete o trabalho? Tem questões éticas relacionadas? Como vê isto?

9. Percebes uma Sobrecarga de trabalho? Como tu vê isto? Percebes que o atendimento fica comprometido? Queres falar sobre isto?

10. Em relação aos recursos materiais, como vê a organização do ambiente? São suficientes? Compromete o desempenho do atendimento?

11. Os equipamentos eletrônicos que estão disponíveis ao atendimento são em número suficiente, estão em bom estado de Conservação e existem pessoas treinadas para o seu correto manuseio?

12. Como o grupo de trabalho se organiza para a realização das atividades diárias? Como percebes esta organização? Consideras que contribui ou favorece ao atendimento? Como poderá ser?

13. Quando uma vítima é recebida no PA há a possibilidade de iniciativa no atendimento por qualquer membro da equipe? Se não, por quê? Como percebes isto?

14. Existe dificuldade de agir com autonomia (dentro de suas competências) no atendimento as causas externas? Como vê esta questão da autonomia? O que seria para você agir com autonomia?

15. Como percebes o trabalho em equipe? Há comprometimento no atendimento? Percebes situações imprudência na equipe? Queres falar sobre isto?

16. Como vê a priorização do tempo no atendimento à vítima pela equipe?

17. Percebes competência técnica na equipe para o atendimento às causas externas? Como vê isto?

18. No acolhimento a vítima como se dá à relação com o cliente frente a sua autonomia, privacidade e respeito enquanto sujeito (ex. dirige-se pelo nome, olha para a vítima enquanto fala, utiliza palavras de fácil entendimento, espera pela resposta do mesmo, dentre outros)?

19. Como percebes o acolhimento aos familiares e amigos do paciente? Como a equipe age e reage frente ao sofrimento dos familiares e amigos do paciente?

20. Quanto aos sentimentos despertados frente ao sofrimento do paciente ou (óbito)? Que estratégias você utiliza para suportar o cotidiano do P. A?

21. Como você enfrenta os problemas no cotidiano? Tens usado algumas estratégias? Queres falar sobre isto?

22. Em sua opinião há necessidade de melhorar o atendimento as vítimas de causas externas? Dê que forma a instituição hospitalar poderá contribuir? Como a equipe poderia contribuir? Como você poderia contribuir?

APÊNDICE E

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AO DIRETOR DO HOSPITAL

05 de janeiro de 2006.

Prezado Diretor

Tendo em vista que estou realizando o Curso de Mestrado em Enfermagem da Fundação Universidade Federal do Rio Grande, venho a sua presença expor e solicitar o seguinte:

a) Para elaboração da dissertação final, foi planejado um projeto de pesquisa intitulado “**Atendimento em unidade de emergência: organização e ética**”, o qual está destinado a realizar-se no Pronto Atendimento, no decorrer do ano de 2006.

b) a referida pesquisa tem o objetivo de investigar como o trabalho da equipe de saúde da unidade de emergência atua nos casos de vítimas de causas externas, envolvendo as questões organizacionais e éticas do atendimento.

c) Para que esta pesquisa alcance os objetivos, vimos a sua presença, solicitar a sua colaboração no sentido de autorizar, formalmente, a realização da pesquisa no PA do Hospital.

No aguardo de sua manifestação

Agradecemos à atenção e disponibilidade.

Responsáveis pelo Trabalho:

Valéria Lerch Lunardi
Rua Dr. Lavieira, 167- Jardim do Sol
Rio Grande – RS
Tel. (53) 32.35.14.48

Mestranda: Enf. Márcia Adriana Poll
Rua Cel. Martins, 787 – Centro
Tel. (55) 33.24.26.67
E-mail: mpoll@comnet.com.br

APÊNDICE F

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO À GERENTE DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM

05 de janeiro de 2006.

Prezada Gerente do Serviço de Enfermagem

Tendo em vista que estou realizando o Curso de Mestrado em Enfermagem da Fundação Universidade Federal do Rio Grande venho a sua presença expor e solicitar o seguinte:

a) Para elaboração da dissertação final, foi planejado um projeto de pesquisa intitulado **“Atendimento em unidade de emergência: organização e ética”**, o qual está destinado a realizar-se no Pronto Atendimento, no decorrer do ano de 2006.

b) a referida pesquisa tem o objetivo de “Conhecer como os profissionais de saúde que atuam em unidade de emergência enfrentam as possíveis relações existentes entre o ambiente organizacional de trabalho e as questões éticas presentes no atendimento dos pacientes acometidos de trauma e violência”.

c) Para que esta pesquisa alcance os objetivos, vimos a sua presença, solicitar a sua colaboração no sentido de autorizar, formalmente, a realização da pesquisa no Pronto Atendimento do hospital.

No aguardo de sua manifestação

Agradecemos à atenção e disponibilidade.

Responsáveis pelo Trabalho:

Valéria Lerch Lunardi
Rua Dr. Lavieira, 167- Jardim do Sol
Rio Grande – RS
Tel. (53) 32.35.14.48

Mestranda: Enf. Márcia Adriana Poll
Rua Cel. Martins, 787 – Centro
Tel. (55) 33.24.26.67
E-mail: mpoll@comnet.com.br