



O PENSAR DA ENFERMAGEM EM SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA INTRA-HOSPITALAR

THE THINK OF NURSING IN HOSPITAL URGENCY AND EMERGENCY SERVICE

EL PENSAR DE LA ENFERMERÍA EN SERVICIO DE URGENCIA Y EMERGENCIA INTRA-HOSPITALARIO

Leticia Silveira Cardoso¹, Cintia Fonseca Martins², Liane Silveira da Rosa³, Josyara Costa Passos⁴, Marta Regina Cezar-Vaz⁵

RESUMO

Objetivo: extrair do pensamento da enfermagem os elementos aplicados para a tomada de decisão no atendimento em urgência e emergência intra-hospitalar. **Método:** estudo exploratório-descritivo e analítico, realizado com 32 profissionais das equipes de enfermagem de um serviço de urgência e emergência intra-hospitalar da fronteira Oeste do Rio Grande do Sul. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas. Aplicou-se aos dados da pesquisa uma análise qualitativa temática. **Resultados:** a partir da análise dos dados, emergiram três categorias temáticas: Pensamento prévio; Pensamento da *práxis*; Resultante: tomada de decisão. **Conclusão:** evidenciou-se, no relato dos enfermeiros sobre o planejamento das ações de trabalho, um detrimento das ações assistenciais em relação às gerências e uma constante e diversa exigência em tomar decisões, que têm exclusividade em seu posicionamento. **Descritores:** Cuidados de Enfermagem; Planejamento; Emergência; Programação.

ABSTRACT

Objective: to extract the elements of the nursing thought applied to decision-making in the care of hospital urgency and emergency. **Method:** exploratory, descriptive and analytical study, conducted with 32 professionals of nursing teams of hospital urgency and emergency care in the western border of Rio Grande do Sul. Data collection was conducted through semi-structured interviews. A qualitative thematic analysis was applied to the survey data. **Results:** from the analysis of the data three themes were revealed: << >> previous thinking; << >> Thinking of praxis; << Resultant: decision making >>. **Conclusion:** it is evident in the story of nurses on the planning of the work actions a detriment of care actions about management. Moreover, a constant and diverse requirement to make decisions, which has exclusivity in its position. **Descriptors:** Nursing Care; Planning; Emergency; Programming.

RESUMEN

Objetivo: extrair del pensamiento de la enfermería los elementos aplicados para la tomada de decisión en el atendimento en urgencia y emergencia intra-hospitalario. **Método:** estudio exploratorio-descriptivo y analítico, realizado con 32 profesionales de los equipos de enfermería de un servicio de urgencia y emergencia intra-hospitalario de la frontera oeste de Rio Grande do Sul. La recolección de datos fue realizada por medio de entrevistas semi-estructuradas. Se aplicó a los datos de la investigación un análisis cualitativo temático. **Resultados:** a partir del análisis de los datos surgieron tres categorías temáticas: << Pensamiento previo >>; << Pensamiento de la práctica >>; << Resultante: tomada de decisión >>. **Conclusión:** se evidencia en el relato de los enfermeros sobre el planeamiento de las acciones de trabajo un detrimento de las acciones asistenciales en relación a las gerencias. Y una constante y diversa exigencia en tomar decisiones, que tienen exclusividad en su posicionamiento. **Descriptores:** Cuidados de Enfermería; Planeamiento; Emergencia; Programación.

¹Enfermeira, Professora Doutora em Enfermagem, Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Pampa/UNIPAMPA. Uruguai (RS), Brasil. Bolsista do CNPq - Brasil. E-mail: leticiaCardoso@unipampa.edu.br; ²Enfermeira, Mestranda, Pós-Graduação em Enfermagem/PPGENF, Universidade Federal do Rio Grande/FURG. Rio Grande (RS), Brasil. E-mail: cingigi@hotmail.com; ³Enfermeira, Mestranda, Pós-Graduação em Enfermagem/PPGENF, Universidade Federal do Rio Grande/FURG. Rio Grande (RS), Brasil. E-mail: liane.enfermagem@gmail.com; ⁴Enfermeira, Hospital Santa Casa de Caridade de Uruguai/HSCCU. Uruguai (RS), Brasil. E-mail: josy.passos@hotmail.com; ⁵Enfermeira, Professora Doutora em Filosofia da Enfermagem (Pós-doutora), Graduação/Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande/FURG. Rio Grande (RS), Brasil. E-mail: cezarvaz@vetorial.net

INTRODUÇÃO

A Enfermagem é uma profissão que tem conteúdo e forma específicos para a formação profissional. Estes subsidiam o exercício profissional independente do ambiente de trabalho, mas influenciado por este.¹ Subsídio que no presente estudo está posto como o pensar/pensamento, que tem no processo de enfermagem o conteúdo e a forma para ação e tomada de decisão profissional no atendimento em urgência e emergência.

O processo de enfermagem se constitui em conteúdo teorizado para o desenvolvimento instrumental da avaliação clínica. E esta consolida-se pelos sinais e sintomas apresentados pelos pacientes e captados pelos profissionais por meio da anamnese e do exame físico.²

A referida captura ao ser desenvolvida em um ambiente hospitalar, cuja centralidade da atenção está no atendimento a situações de urgência e emergência, impõe aos profissionais a priorização de pessoas.³ Esta implica no planejamento e na organização das ações de trabalho com fins a sua própria execução. Execução na qual se tem pessoas trabalhando em prol de outras e que têm, em alguns momentos, o limite da vida como desafio resultante da tomada de decisão do pensar e agir.⁴ Limite que transformou o processo de trabalho em ambientes de urgência e emergência intra-hospitalares com a inserção de protocolos e estratégias de investigação, tais como o Manchester. Este é utilizado pelos enfermeiros para triar os pacientes, ou seja, após avaliação clínica, há uma determinação da gravidade clínica e do risco de vida dos pacientes,⁵ implicando no tempo que este pode esperar para ter a assistência de outros profissionais.⁶

Com base neste conjunto de informações, construiu-se este artigo com a pretensão de responder à questão orientadora: como a enfermagem toma as decisões no atendimento em urgência e emergência intra-hospitalar? Pressupõe-se que ocorra uma busca demasiada pela comunidade por este serviço e que isto produza limitações ao exercício da avaliação clínica da enfermagem em urgência e emergência. Assim, o presente estudo foi construído com o objetivo de extrair do pensamento da enfermagem os elementos aplicados para a tomada de decisão no atendimento em urgência e emergência intra-hospitalar, o qual é representativo da materialidade consolidada pelos relatos sobre as ações de trabalho.

MÉTODO

Estudo de caráter exploratório-descritivo e analítico, realizado com 32 profissionais das equipes de enfermagem de um serviço de urgência e emergência intra-hospitalar da fronteira Oeste do Rio Grande do Sul. Destes, 10 são enfermeiros e 22 técnicos de enfermagem, selecionados a partir dos critérios de inclusão: estar vinculado à instituição pelo setor do pronto-socorro, não exercer ações em outros setores da mesma instituição ou estar neste setor cobrindo outros profissionais em afastamento. Os critérios de exclusão foram: estar em afastamento, licença saúde ou em férias durante o período de coleta de dados.

A coleta de dados foi realizada no segundo semestre de 2015 por meio de entrevistas semiestruturadas gravadas, durante o período de trabalho dos profissionais, adequando-se à disponibilidade destes. Previamente à entrevista, o pesquisador apresentou-se e explicou os objetivos da pesquisa, explanando as garantias dos participantes constantes no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Após o aceite do participante, solicitou-se a assinatura do TCLE e se deu início à entrevista.

Após a transcrição das entrevistas e a organização do banco de dados da pesquisa, aplicou-se uma análise qualitativa temática, que se caracteriza pela possibilidade de captura das especificidades de um fenômeno único a partir da singularidade de cada sujeito que o vivencia. E, desta forma, traz ênfase à essência diferencial do fenômeno e não somente a sua constatação massiva pelo conjunto que se investiga.⁷

A análise temática compõe-se de três etapas: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento e interpretação dos dados.⁷ Na primeira, identificam-se e selecionam-se as fontes de dados para ratificarem-se hipóteses e objetivos. Nesta, busca-se a validade das informações pela leitura e releitura exaustiva, representativa, homogênea e pertinente. A exploração representa a codificação de recortes do texto em unidades de registro que podem ser uma palavra, uma frase ou um tema. Permite agregar os dados classificados em categorias teóricas e/ou empíricas na delimitação do tema. O tratamento e interpretação dos dados permitiu dispô-los como fontes de informação científica, nas seguintes categorias temáticas: **Pensamento Prévio; Pensamento da Práxis; e Resultante: tomada de decisão.**

Este estudo constitui-se como parte do projeto de pesquisa intitulado: "Gestão e

Qualidade em Serviços Hospitalares”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, CAAE 34426114.7.0000.5323. Logo, encontra-se em consonância com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº466/12. A confidencialidade das informações será mantida na divulgação dos resultados pelo uso da codificação: **Enf. 1** ou **Téc. 1**, que representa o profissional e o número da entrevista.

RESULTADOS

Os resultados estão apresentados respectivamente para divulgar a operacionalização do trabalho da equipe de enfermagem em urgência e emergência, e o desenvolvimento do pensamento para a tomada de decisão no atendimento em saúde.

♦ CATEGORIA - Pensamento Prévio

Esta categoria abarca os relatos dos profissionais de enfermagem a respeito das ações de planejamento e organização no atendimento em urgência e emergência intra-hospitalar.

Com relação a como planejam suas ações de trabalho, do conjunto de 10 (100%) *enfermeiros*, cinco (50%) mencionaram a avaliação clínica e do setor de atuação do dia; três (30%), conformidade com a demanda e a rotina do serviço; um (10%), o planejamento mensal; e um (10%), não planejar as atividades assistenciais, somente as gerenciais, conforme os relatos:

Eu não costumo planejar não, as coisas vêm, conforme a demanda do dia. (Enf.8)

Na verdade não planejo muito aqui, planejo mais a parte de gerência mesmo, porque a parte técnica não é muito planejada. (Enf.3)

Já entre os 22 (100%) *técnicos de enfermagem*, oito (36,36%) descreveram que o planejamento é conforme a rotina da unidade; sete (22,73%) citaram planejar suas atividades conforme o setor e a necessidade do paciente; três (13,64%), que o planejamento depende da demanda, não tem como planejar; dois (9,09%) planejam de acordo com as prioridades; quatro (18,18%) não responderam à questão. Observem-se os relatos:

Temos uma rotina, ficamos em diferentes áreas do pronto socorro (...) o planejamento varia muito de acordo com a área. Se for na área amarela é um tipo de atendimento, porque ali tem os internados e os externos (...) observação (...) na área vermelha é o que vem. (Téc.7)

Conforme a rotina da unidade, que é planejada pelo enfermeiro, fazemos o que ele planeja. (Téc.6)

Quanto a como organizam suas ações de trabalho, dos 10 (100%) *enfermeiros*; três

(30%) relataram não se organizarem, atender por livre demanda; dois (20%), seguir as regras da instituição, a padronização e a rotina; dois (20%), através da planilha de evolução, da planilha do enfermeiro e conforme as prioridades; um (10%), reuniões com a equipe; um (10%), chegar a pegar o plantão, olhar o paciente, a pasta e conferir com os técnicos; um (10%) não respondeu. Observem-se os relatos:

É conforme vai chegando trabalho, vamos fazendo. (Enf.3)

Geralmente organizando uma rotina, o que fazer no momento que chega na unidade para assumir um plantão, recebemos o plantão, e vai ver as prioridades, aonde se necessita de uma atuação mais imediata, quais são os pacientes mais graves, se tem a necessidade de fazer alguma intervenção, ou observar mais, pendência de exames, algum procedimento a ser feito, uma avaliação. Vamos dos mais graves aos menos graves. (Enf.10)

Com relação às respostas dos técnicos de enfermagem, dos 22 (100%); sete (31,83%) responderam que se organizam em duplas, conforme a rotina e seguindo os POPs (Procedimentos Operatórios Padrões); seis (27,27%) de acordo com as prioridades e necessidade dos pacientes; quatro (18,18%) seguem uma sequência, verificar os sinais, passar os sinais, realizar medicação e higiene; dois (9,09%) referiram chegar e priorizar a parte documental e depois os cuidados; dois (9,09%) não têm organização, realizam as atividades conforme vai chegando, conforme a demanda e o setor; um (4,54%) organiza-se desde a chegada, verificando o que está acontecendo ao redor.

Geralmente seguimos o POP, dependendo da área que estamos, já tem a rotina específica, só seguimos a rotina. (Téc.11)

Por prioridade e necessidade, às vezes estou fazendo uma medicação, mas se surge uma intercorrência, tenho que atender. (Téc.14)

♦ CATEGORIA - Pensamento da Práxis

Esta categoria abarca os relatos dos profissionais de enfermagem a respeito das ações de execução do atendimento em urgência e emergência intra-hospitalar.

Sobre como executam suas ações de trabalho, dos 10 (100%) *enfermeiros*; seis (60%) declararam aspectos referentes à ética no diálogo com os pacientes; dois (20%), a capacitação da equipe para atingir metas; dois (20%), elementos da organização como o tempo e espaço disponível; dois (20%), de acordo a prioridade do paciente; e dois (20%) não responderam, segundo os trechos a seguir:

Olha sempre que possível eu procuro ir conversando com a pessoa, ver o que está sendo feito, então vou indo, vou conversando, não chego muda, vou sempre conversando e explicando. (Enf.5)

Aqui na área amarela tem um problema por que tem a triagem que realizamos. Fazemos a triagem e vamos acompanhando as fichas do atendimento médico. Tentamos fazer a organização para eles [pacientes] serem atendidos conforme a necessidade e não conforme a ordem de chegada. Aqui ainda é um problema com os médicos antigos. (Enf.6)

As respostas dos técnicos de enfermagem em relação à execução das ações de trabalho foram as seguintes: dos 22 (100%) *técnicos de enfermagem*, 11 (50%) referiram executar as ações de trabalho com as técnicas corretas e conforme a rotina; oito (36,36%) executam conforme a prioridade e necessidade do paciente; três (13,64%) com respeito aos aspectos éticos na realização do diálogo com os pacientes; e três (13,64%) dependendo da área/setor:

Conforme a rotina, conforme é o protocolo, seguimos a rotina, não tem muitas alterações. (Téc.9)

Tem várias formas de executar nossas ações, mas o principal foco é sempre o paciente. Aquele cliente que tem um risco maior de piorar, de óbito no caso. Não estamos livres disso acontecer. Temos que estar atentos a todo o momento às situações que estão ocorrendo. (Téc.21)

♦ CATEGORIA - Resultante: tomada de decisão

Esta categoria abarca os relatos dos profissionais de enfermagem a respeito da articulação entre o pensamento prévio e o da *práxis* no atendimento em urgência e emergência intra-hospitalar.

Nos aspectos da tomada de decisão profissional no atendimento em Pronto-Socorro, dos 10 (100%) *enfermeiros*; dois (20%) mencionaram que representa a garantia de desfecho positivo das ações de trabalho; dois (20%), que para tomá-las é preciso conhecimento em relação às ações de trabalho e obter a confiança da equipe; dois (20%) referiram possuir total liberdade para tomar as decisões sobre suas ações; dois (20%), que a autonomia para tomada de decisão depende da situação; um (10%) referiu a escuta das partes como elemento centrado para sua tomada de decisão; e um (10%) a autonomia para solicitar auxílio na avaliação dos pacientes a outros profissionais e encaminhá-los para outras unidades, conforme os trechos a seguir:

O enfermeiro tem muitas decisões (...) tem que ter muito conhecimento do que está fazendo. Precisa ter uma equipe que confie em ti e no teu trabalho, para isso precisas passar segurança para eles sobre o que estás fazendo. Essas decisões muitas vezes só nós podemos tomar. (Enf.2)

Isso aí é uma característica bastante importante do enfermeiro como líder. Saiu muitos profissionais médicos do hospital, que tinham bastante experiência, e entrou profissionais novos, então a gente que está a mais tempo, dá sugestões, não dizer o que tem que fazer, mas dá uma sugestão, ou ajuda em um atendimento. Eu acho que esta questão se solidifica bastante com a experiência do enfermeiro na área de atuação. (Enf.10)

Dos 22 (100%) *técnicos de enfermagem*, sete (31,82%) relataram comunicar ao superior sobre a necessidade de decisão para a situação; cinco (22,73%) realizam as ações só com autorização médica; três (13,64%) relataram ser algo bem vital, pois na urgência e emergência as ações têm que ser tomadas de maneira rápida e com as prioridades; 03 (13,64%), que a equipe de enfermagem não tem autonomia para decidir; três (13,63%), referiram questionar os enfermeiros; dois (9,09%), que o tempo de trabalho na instituição propicia maior autonomia para a tomada de decisão e, em dúvida, a enfermeira a realiza; e um (4,54%), toma as decisões quando a enfermeira não está presente. Observem-se os relatos:

Rotina padronizada é bem vital na urgência e emergência, muitas vezes tu não estás ao lado do médico, nem do enfermeiro. Tens que saber ver rápido qual é ação realizar, a prioridade no fazer porque muitas vezes tu não tem muito tempo. (Téc.1)

Toda a decisão é tomada após comunicação aos enfermeiros, e eles também tomam as decisões deles através do médico. Então isso acaba criando uma cadeia, ninguém toma uma decisão sozinho (...) é um conjunto, claro que certas coisas fazemos imediatamente, mas sempre comunicando. (Téc.10)

Só com autorização médica, a não ser em uma emergência, se age conforme a rotina. No caso se chego uma emergência, uma parada é massagem, monitor. (Téc.15)

DISCUSSÃO

Os dados relativos ao pensamento prévio dos profissionais de enfermagem indicam que não há planejamento e organização no atendimento em urgência e emergência intrahospitalar investigado. Isto porque nenhum dos participantes relatou metas e objetivos a serem alcançados no processo de trabalho, tampouco indica limites e possibilidades

relativas aos recursos para a execução das ações de trabalho. Pode-se inferir que exista um desconhecimento dos conceitos inerentes a este pensamento ou que tais profissionais tenham assumido que o processo de trabalho é determinado pela procura. Logo, esta pode estar condicionando a rotina em detrimento dos protocolos padronizados para o exercício do trabalho em ambiente de urgência e emergência, já que, ao reportarem-se quanto à organização das ações, mencionaram materialidades documentais e interações interpessoais para viabilizar tal pensamento prévio na execução das ações de trabalho.

O planejamento das ações em enfermagem e saúde é basilar para a sistematização do processo de trabalho das organizações e serviços. Este se reflete na qualidade da assistência aos pacientes, já que um trabalho realizado sem um pensamento prévio tende a ser imediatista, com características perenes.⁸ Dentre estas, tem-se a demanda espontânea que inibe as ações individuais e em equipe por aumentar as demandas naturais, ou seja, o cumprimento das ações de trabalho, ininterruptamente.⁹ Logo, o cerne das unidades de saúde torna-se essencialmente curativo e inviabiliza o pensar prévio, planejamento e organização, no atendimento em livre demanda.² Tal pensar ocorre mediado pela experiência profissional, pela integração da equipe entre si e com o ambiente de trabalho. Ocorrência que nos permite compreender que planejamento e organização são elementos do processo de trabalho que se encontram sublimados pelas características do serviço de urgência e emergência.³

Destaca-se ainda que não houve diferenças, no tocante ao planejamento das ações de atendimento em pronto-socorro, entre as categorias profissionais investigadas. Entretanto, a organização, no relato de ambas as categorias, apresenta alguns dos instrumentos necessários à execução do processo de trabalho, dentre eles, a evolução de enfermagem e os POPs.

O cuidado de pessoas em condição de fragilidade física, emocional e/ou social requer um conhecimento complexo, logo, a habilitação para tal atividade demanda várias dimensões e responsabilidades. A gerência do cuidado é uma pertinência do enfermeiro que deve primar pela excelência na assistência e por melhores condições de trabalho.⁴ Para tanto, sistematizar a assistência de enfermagem, como metodologia para a execução das ações, planejadas e organizadas, facilita a identificação das necessidades biopsicossociais dos pacientes e promove o trabalho em equipe.⁵

Sistematizar a assistência de enfermagem implica na realização do processo de enfermagem que se caracteriza como técnica instrumental de registro da análise clínica que permite visualizar o planejamento e a organização das ações de trabalho desenvolvidas na tomada de decisão no atendimento em saúde.²

Nos serviços de urgência e emergência, torna-se mais difícil para os enfermeiros a realização do registro do processo de enfermagem em decorrência da organização do atendimento em livre demanda.¹⁰ Fato implicado pela postura da população que busca este serviço em detrimento da atenção primária.¹¹

A partir do exposto, torna-se desejável a instituição de protocolos que viabilizem a agilidade profissional no atendimento em urgência e emergência,¹² com destaque para o uso do sistema de triagem Manchester como instrumento protocolado para avaliação do tempo de espera em relação ao risco de óbito do paciente.⁵

Os relatos dos enfermeiros a respeito das *práxis* evidenciam a primazia de um fazer profissional legitimado. A este é acrescido o esforço de manter a qualidade das ações de assistência por meio da atualização da equipe de profissionais.

A legitimação do fazer exposto corrobora com a manifestação de que o cenário do cuidado é um dos principais ambientes para a formação ética, além de mostrar-se em permanente construção. E construir implica em promover um pensamento crítico e reflexivo sobre o fazer para obter-se uma resultante, tomada de decisão, de maior precisão.¹³

Construção permanente que vai de encontro à dinamicidade dos saberes como ação ininterrupta de tornar as vivências e experiências profissionais em subsídios à qualificação profissional, que se expande nas trocas interprofissionais a fim de promover o respaldo para um cuidado humanizado e de excelência.⁴

A *práxis* relatada pelos enfermeiros apresentou elementos do planejamento prévio no tocante à organização para execução das ações de assistência. Tais elementos foram marcados pela relação cronológica e ambiental, tempo e espaço. E, por fim, trouxe o paciente e sua condição de saúde como determinante do atendimento. Na sequência apreendida nos relatos e consubstanciada pela distribuição de frequência, tornou-se evidente que os enfermeiros possuem um pensamento prévio no processo de trabalho em urgência e

emergência intra-hospitalar. Contraponto que nos leva a compreensão de que o planejamento e a organização das ações de trabalho estão implicados na própria condição de trabalho de um fazer para outrem, seja ele outro profissional da saúde, enfermeiro, ou para o paciente, já que este tem na presença de sinais e sintomas um meio para os enfermeiros identificarem a prioridade na ordem de atendimento.

A complexidade dos estabelecimentos de saúde atrela-se à dimensão da estrutura física, ao quantitativo de profissionais, à disponibilidade de recursos materiais, entre outros elementos.¹⁴ Dimensões que podem estar inebriando nos relatos dos profissionais investigados quanto à existência do pensamento prévio presente na *práxis*.

Inebriamento elucidado pelo raciocínio clínico do profissional de enfermagem pautado em instrumentos de investigação adotados pelo serviço de urgência e emergência para que se materialize o pensamento da *práxis*.¹⁴ Tem-se evidências que, na maioria das vezes, há concordância entre a avaliação feita pelo enfermeiro da gravidade clínica do paciente e a priorização no atendimento.¹⁵ Por isso, os enfermeiros devem estar preparados para decidir quanto a relevância de determinado diagnóstico em detrimento a outro. Desta forma, podem eleger os cuidados que mais tem significância para o paciente e os que precisam destes com mais brevidade.¹⁶

Sabe-se que a classificação de risco é dependente da interação enfermeiro-paciente para identificação correta da queixa principal que irá ditar a escolha do fluxograma. O Sistema de Triagem Manchester (STM) é destaque no que tange aos serviços de urgência e emergência, pois sua utilização instrumentalizada na realização da anamnese e exame físico do paciente se baseia em protocolos clínicos e traumatológicos que permitem ao enfermeiro determinar a prioridade dos atendimentos⁵ viabilizando o aumento na eficácia dos serviços de urgência, ou seja, diminuindo o percentual de óbitos nestes.¹⁷

A análise da resultante, tomada de decisão dos enfermeiros, ratifica o pensamento da *práxis*, ou seja, tomar a decisão representa uma ação para garantir a qualidade da assistência. Garantia que perpassa pela agregação de conhecimentos, bem como pela manutenção de relações interprofissionais adequadas. Estes dois fatores favorecem a postura profissional por viabilizar a liberdade e a autonomia para escutar e avaliar as queixas dos pacientes e decidir o que fazer. Já os técnicos de enfermagem tornam lúcido

que a tomada de decisão na execução de suas ações de trabalho em urgência e emergência intra-hospitalar requer interações interprofissionais. Eles destacam os profissionais de nível superior como respaldo para a tomada de decisão no atendimento. Outro aspecto determinante da tomada de decisão é o tempo para a execução ao considerar a gravidade clínica do paciente.

A autonomia do enfermeiro pode ser definida como a competência de cumprir suas funções profissionais de maneira autodeterminada, exercendo, ao mesmo tempo, os aspectos legais, éticos e práticos da profissão.¹⁸ Exercício que ocorre através da conscientização do profissional sobre seu trabalho, sobre os direitos do paciente e sobre a importância do trabalho em equipe multidisciplinar, entre outros fatores, pois, no processo de tomada de decisão, não deve haver um distanciamento entre os que tomam decisões e os que colocam em prática. Este processo tem que ser participativo e contar, sempre que possível, com a colaboração e o envolvimento de todos os envolvidos, em todas as fases, especialmente, o paciente e sua família.¹⁹ Tal envolvimento busca mais do que garantir um prognóstico positivo, permite que se acolha o paciente em sua singularidade, mesmo em um serviço de urgência e emergência.⁴ Acolhimento que pode ser conceituado como: atendimento, acesso, solução de problemas, triagem, ajuda e escuta. Todos estes conceitos implicam-se diretamente na tomada de decisões no atendimento em urgência e emergência intra-hospitalar. Implicância abarcada no pensamento prévio à *práxis*, ou seja, em planejar e organizar as ações de trabalho para que sua execução não esbarre em limitações. Acresce-se o reconhecimento do acolhimento pelo atual movimento de adequação de infraestrutura, bem como estreitamento das relações humanas, transformando a afetividade de todos em motivações para a efetividade do trabalho.³

CONCLUSÃO

Os relatos dos enfermeiros sobre o planejamento das ações de trabalho no atendimento em pronto-socorro evidenciam um detrimento das ações assistenciais em relação às gerências. Detrimento fortalecido nos relatos dos técnicos de enfermagem que responsabilizam os enfermeiros pelo pensamento prévio. Este tem centralidade no planejamento das ações com fins a estabelecer uma rotina para o modo de atender, que considera a avaliação clínica profissional e possibilita a equidade da

assistência, ratificada nos relatos sobre a organização do trabalho.

A execução das ações de trabalho reveladas pelos enfermeiros no pensamento da *práxis* enfatiza o diálogo, a conversa. Esta representa um instrumento profissional materializado na anamnese do histórico de enfermagem utilizado para a avaliação clínica, uma vez que considera os órgãos do sentido e a localização geo-espaço-temporal do paciente a partir da teorização da formação profissional da enfermagem, para definir estratégias e métodos de intervenção compatíveis com a manutenção da vida de paciente que se encontram em diferentes graus de risco. Relatos confirmados pelos técnicos de enfermagem ao primarem pela execução das ações de trabalho de acordo com as rotinas estabelecidas.

A congruência do pensamento prévio com o da *práxis* resulta na tomada de decisão no atendimento em pronto-socorro, em que os enfermeiros relatam uma constante e diversa exigência em tomar decisões, que têm exclusividade em seu posicionamento. Exclusividade que os leva a identificar a fundamentação teórica do fazer e o conhecimento como essencial. A este ainda acresce a transposição do isolamento da ação profissional, requerendo confiança interprofissional para um pensar coletivo e interdisciplinar. Coletivo delimitado pelos técnicos de enfermagem ao indicarem o diálogo como elemento do trabalho em equipe.

REFERÊNCIAS

1. Peres RR, Camponogara S, Cielo C, Da Silva NM, Lourensi CM, Rossato GC. Percepções de trabalhadores e estudantes atuantes em um Pronto-Socorro, sobre meio ambiente e saúde. REME rev min enferm [Internet]. 2014 Jan/Mar [cited 2016 June 04];18(1):27-33. Available from: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/906> doi: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20140003>
2. Oliveira MFL, Brandão-Neto W, Silva ARS, Veríssimo AVR, Cavalcanti AMTS, Monteiro EMLM. Percepções de estudantes sobre o exame físico na prática clínica do enfermeiro. Rev Rene [Internet]. 2016 Mar/Apr [cited 2016 June 04];17(2):268-77. Available from: <http://200.129.29.202/index.php/rene/article/view/3015/2331> doi: [10.15253/2175-6783.2016000200015](http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2016000200015)
3. Guedes HM, Martins JCA, Chianca TCM. Valor de predição do Sistema de Manchester: avaliação dos desfechos clínicos de pacientes. Rev Bras Enferm [Internet]. 2015 Jan/Feb [cited 2016 June 04];68(1):45-1. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n1/0034-7167-reben-68-01-0045.pdf> doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680107p>
4. Sakai AM, Rossaneis MA, Haddad MCFL, Sardinha DSS. Sentimentos de enfermeiros no acolhimento e na avaliação da classificação de risco em pronto-socorro. Rev Rene [Internet]. 2016 Mar/Apr [cited 2016 June 9];17(2):233-41. Available from: <http://www.periodicos.ufc.br/index.php/rene/article/view/3007/2323> doi: [10.15253/2175-6783.2016000200011](http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2016000200011)
5. Souza CC, Araújo FA, Chianca TCM. Scientific Literature on the Reliability and Validity of the Manchester Triage System (MTS) Protocol: A Integrative Literature Review. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2015 [cited 2016 June 10];49(1):144-51. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n1/0080-6234-reeusp-49-01-0144.pdf> doi: [10.1590/S0080-623420150000100019](http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000100019)
6. Carvalho SC, Carvalho LC, Fernandes JG, Santos MJS. Em busca da equidade no sistema de saúde brasileiro: o caso da doença falciforme. Saúde Soc [Internet]. 2014 [cited 2016 June 06];23(2):711-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n2/0104-1290-sausoc-23-2-0711.pdf> doi: [10.1590/s0104-12902014000200029](http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902014000200029)
7. Silverman D. Interpretação de dados qualitativos: métodos para análise de entrevistas, textos e interações. Porto Alegre: Artmed; 2009.
8. Silva DS, Bernardes A, Gabriel CS, Rocha FLR, Caldana G. A liderança do enfermeiro no contexto dos serviços de urgência e emergência. Rev eletrônica enferm [Internet]. 2014 Jan/Mar [cited 2016 June 06];16(1):211-9. Available from: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i1.19615> doi: [10.5216/ree.v16i1.19615](http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i1.19615)
9. Inoue KC, Belluci Júnior JA, Papa MA, Vidor RC, Matsuda LM. Avaliação da qualidade da classificação de risco nos serviços de emergência. Acta Paul Enferm [Internet]. 2015 [cited 2016 Jun 07];28(5):420-5. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v28n5/1982-0194-ape-28-05-0420.pdf> doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500071>
10. Dos Santos JLG, Pestana AL, Guerrero P, Meirelles BSH, Erdmann AL. Práticas de enfermeiros na gerência do cuidado em

enfermagem e saúde: revisão integrativa. Rev Bras Enferm [Internet]. 2013 mai/abr [cited 2016 June 07];66(2):257-63. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n2/16.pdf> doi: <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-7167013000200016>

11. Cardoso LS, Cezar-Vaz MR, Da Costa VZ; Bonow CA, Almeida MCV. Promoção da saúde e participação comunitária em grupos locais organizados. Rev bras enferm [Internet]. 2013 nov/dez [cited 2016 June 07];66(6):928-34. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n6/18.pdf> doi: <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-71672013000600018>

12. Chaves RRG, Morais e Silva CF, Motta E, Ribeiro EDM, Andrade YNL. Sistematização da assistência de enfermagem: visão geral dos enfermeiros. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2016 Apr [cited 2016 June 08];10(4):1280-5. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/8322/pdf_9976 doi: [10.5205/reuol.8464-74011-1-SM.1004201615](http://dx.doi.org/10.5205/reuol.8464-74011-1-SM.1004201615)

13. Guedes HM, Souza KM, Lima PO, Martins JCA, Chianca TCM. Relationship between complaints presented by emergency patients and the final outcome. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2015 July/Aug [cited 2016 June 8];23(4):587-94. Available from: http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/0104-1169.0227.2592&pid=S0104-11692015000400587&pdf_path=rlae/v23n4/0104-1169-rlae-23-04-00587.pdf&lang=en doi: [10.1590-0104-1169.0227.2592](http://dx.doi.org/10.1590-0104-1169.0227.2592)

14. Luongo J. Gestão da qualidade em saúde. São Paulo: Ridell; 2011.

15. Ramos FRS, Brehmer LCF, Vargas MAO, Schneider DG, Drago LC. A ética que se constrói no processo de formação de enfermeiros: concepções, espaços e estratégias. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2013 [cited 2016 June 9];21(spec):113-21. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt_15.pdf doi: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-11692013000700015>

16. Miccas FL, Batista SHSS. Educação permanente em saúde: metassíntese. Rev Saúde Públ [Internet]. 2014 [cited 2016 June 10];48(1):170-85. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n1/0034-8910-rsp-48-01-0170.pdf> doi: [10.1590/s0034-8910.2014048004498](http://dx.doi.org/10.1590/s0034-8910.2014048004498)

17. Peres AM, Freitas LJ, Calixto RC, Riera JRM, Quiles AS. Concepções dos enfermeiros sobre planejamento, organização e gestão de enfermagem na atenção básica: revisão

integrativa. Rev Enf Ref [Internet]. 2013 Jul [cited 2016 June 07];3(10):153-60. Available from:

<http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserlln10/serlln10a18.pdf> doi: <http://dx.doi.org/10.12707/Rll1257>

18. Oliveira GN, Vancini-Campanharo CR, Okuno MFP, Batista REA. Nursing care based on risk assessment and classification: agreement between nurses and the institutional protocol. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2013 May/Apr [cited 2016 June 11];21(2):500-6. Available from: <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/75950/79436> doi: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-11692013000200005>

19. Busanello J, Lunardi Filho WD, Kerber NPC. Produção da subjetividade do enfermeiro e a tomada de decisão no processo de cuidar. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2013 [cited 2016 June 11];34(2):140-7. Available from: <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/36632/26049>

Submissão: 27/03/2016

Aceito: 12/07/2016

Publicado: 01/12/2016

Correspondência

Leticia Silveira Cardoso
Universidade Federal do Pampa
Departamento de Enfermagem
BR 472 - Km 592, s/n, Unipampa
Campus Universitário
CEP 97508-000 – Uruguaiana (RS), Brasil