

**FACULDADE PATOS DE MINAS
CURSO DE ENFERMAGEM**

DANIELE APARECIDA RODRIGUES

**O GERENCIAMENTO DO CUIDADO DE
ENFERMAGEM NA UNIDADE DE EMERGÊNCIA**

**PATOS DE MINAS
2011**

DANIELE APARECIDA RODRIGUES

**O GERENCIAMENTO DO CUIDADO DE
ENFERMAGEM NA UNIDADE DE EMERGÊNCIA**

Monografia apresentada a Faculdade Patos de Minas, como requisito parcial para a conclusão do curso de Enfermagem.

Orientador: Prof. Esp. Luiz Fernando Dall'Ággi

**PATOS DE MINAS
2011**

618.7 RODRIGUES, Daniele Aparecida

N972p

**O Gerenciamento do Cuidado da Enfermagem na
Unidade de Emergência/Daniele Aparecida Rodrigues**

- Orientador: Prof. Esp. Luiz Fernando Dall’Piaggi.

Patos de Minas: [s.n.], 2011

50 paginas.

**Monografia de Graduação – Faculdade Patos de
Minas - FPM**

Curso de Bacharel em Enfermagem

**1.Unidade de Emergência 2. Enfermagem 3.Gerenciamento
I.Daniele Aparecida Rodrigues II.Título**

FACULDADE PATOS DE MINAS
DANIELE APARECIDA RODRIGUES

O GERENCIAMENTO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM NA UNIDADE DE EMERGÊNCIA

Monografia aprovada em _____ de _____ de _____ pela comissão examinadora
constituída pelos professores:

Orientador:

Prof. Esp. Luiz Fernando Dall'Ágosti
Faculdade Cidade de Patos de Minas

Examinadora:

Prof. Esp. Marlise Torres Pereira
Faculdade Cidade de Patos de Minas

Examinador:

Prof. Esp. Bruno Tolentino Caixeta
Faculdade Cidade de Patos de Minas

Dedico este trabalho aos meus pais, minha irmã, namorado, familiares e mestres, que de muitas formas me incentivaram e ajudaram para que fosse possível a sua concretização.

AGRADECIMENTOS

Gratificante é olhar para trás e perceber quantos obstáculos vencidos, quantos holocaustos, quanto esforço, quanta preocupação. Tamanha é minha emoção.

Gratificante também é olhar para os lados e reconhecer que não estive sozinha durante todo esse percurso e poder compartilhar minha vitória com todos meus afluentes:

Meus pais Celso e Aparecida, a quem devo a formação do meu caráter, que se doaram por inteiro, renunciando seus sonhos para que pudessem realizar os meus;

Minha irmã Tatiele, que nos momentos difíceis, com incentivos e muito estímulo, me fez acreditar que sou capaz;

Meu namorado William, que sem medir esforços, com todo seu carinho e apoio, esteve sempre ao meu lado;

Minhas amigas, que companheiras, sempre me motivaram a prosseguir nessa jornada;

Ao meu orientador Prof^o Esp. Luiz Fernando Dall' Piaggi, pelo ensinamento e dedicação dispensados no auxílio a concretização dessa monografia;

A Prof^a Luciana Araújo pelos conhecimentos a mim repassados, sem soma de dúvidas foram indispensáveis.

A todos em geral, familiares, amigos, colegas e mestres, que de uma forma ou de outra contribuíram para a realização deste, compartilho minha vitória.

Mais gratificante é, olhar para cima e agradecer ao “responsável” por tudo: Deus, que com toda sua bondade me deu o dom de enxergar e poder olhar para frente e perceber que o caminho é longo e está apenas começando.

“... e o futuro é uma astronave que tentamos pilotar...” Ary Barroso

“O correr da vida embrulha tudo. A vida é assim, esquenta e esfria, aperta e depois afrouxa, aquieta e depois desinquieta. O que ela quer da gente é coragem. O que Deus quer é ver a gente aprendendo a ser capaz de ficar alegre e amar, no meio da alegria. E ainda mais no meio da tristeza. Todo o caminho da gente é resvaloso, mas cair não prejudica demais, a gente levanta, a gente sobe, a gente volta”.

(João Guimarães Rosa em “Grande Sertão Veredas”, 1956).

RESUMO

A enfermagem em emergência é talvez uma das últimas especialidades a surgir como uma área específica do conhecimento de enfermagem que avançou muito nos últimos anos. Muito se estudou e muito se aprendeu sobre como abordar o paciente e, estado crítico, tanto no ambiente pré hospitalar como no hospitalar. Em relação às atividades de ensino exercidas pelo enfermeiro, este profissional na sua prática diária orienta a equipe de enfermagem na realização da pré-consulta e promove treinamento em serviço sobre os protocolos de atendimento e novos procedimentos. O papel do enfermeiro na unidade de emergência consiste em obter a história do paciente, fazer exame físico, executar tratamento, aconselhando e ensinando a manutenção da saúde e orientando os enfermos para uma continuidade do tratamento e medidas vitais. O enfermeiro desta unidade é responsável pela coordenação da equipe de enfermagem e é uma parte vital e integrante da equipe de emergência. O objetivo da pesquisa foi caracterizar e identificar a atuação do Enfermeiro no gerenciamento do cuidado da enfermagem na unidade de emergência, especificamente descrever a história, competências e perfil do enfermeiro gerente, caracterizar a unidade de emergência e ainda discorrer os cuidados da enfermagem, a humanização do cuidado e os protocolos de atendimento. A metodologia utilizada na presente revisão de literatura trata-se de estudo qualitativo, de caráter exploratório, apresenta diversas fontes como artigos científicos, livros, base de dados como SCIELO, BIREME, BVS e outros. O enfermeiro é conhecedor de todos os protocolos exigidos, todos os materiais utilizados, além de na maioria das vezes ser o primeiro a ter contato com o paciente e com a família, podendo assim colocar em prática todo o lado humano da profissão. Conclui-se que, cabe ao enfermeiro, além da coordenação da unidade de emergência o atendimento ao paciente visando o cuidado digno, rápido e humanizado.

Palavras-chave: Unidade de Emergência. Enfermagem. Gerenciamento.

ABSTRACT

The emergency nursing is perhaps one of the last specialties to emerge as a specific area of nursing knowledge has advanced greatly in recent years. Much has been studied and much has been learned about how to approach the patient and, critically, both in the pre hospital and in hospital. Regarding the teaching activities carried out by nurses, these professionals in their daily practice guides the nursing staff in carrying out the pre-consultation and promotes in-service training on treatment protocols and new procedures. The role of nurses in the emergency department is to obtain the patient's history, do a physical examination, perform treatment, counseling and teaching health maintenance and guiding the sick to a continuity of care and vital measures. The nurse in this unit is responsible for coordinating the nursing team and is a vital and integral part of the emergency team. The objective of this research was to characterize and identify the role of the nurse in the management of nursing care in the emergency department, specifically describe the history, skills and profile of the nurse manager, characterize the emergency room and still talk of nursing care, humanization care and treatment protocols. The methodology used in this literature review it is a qualitative study and exploratory, has various sources such as scientific articles, books, databases and SCIELO, BIREME, VHL and others. The nurse is knowledgeable of all the protocols required, all materials used, and in most cases be the first to have contact with the patient and family, so you can put into practice all the human side of the profession. We conclude that it is up to the nurse, and the coordination of the emergency patient care in order to decent care, quick and humane.

Keywords: Emergency Unit. Nursing. Management

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|-------|--|
| APVP | - Anos Potenciais de Vida Perdidos |
| DNSP | - Departamento Nacional de Saúde Pública |
| PNHAH | - Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar |
| POP | - Procedimento Operacional Padrão |
| RX | - Raio X |
| SAE | - Sistematização da Assistência da Enfermagem |
| SRPA | - Sala de Recuperação Pós Anestésica |
| SUS | - Sistema Único de Saúde |
| UTI | - Unidade de Tratamento Intensivo |

SUMÁRIO

| | | |
|-------|--|----|
| 1 | INTRODUÇÃO | 12 |
| 2 | A HISTÓRIA DO GERENCIAMENTO EM ENFERMAGEM NO BRASIL | |
| 2.1 | As competências, importância e gerenciamento na enfermagem | 17 |
| 2.2 | Perfil do Enfermeiro Gerente | 18 |
| 2.3 | Competências Gerenciais dos Enfermeiros | 21 |
| 3 | CARACTERIZANDO A UNIDADE DE EMERGÊNCIA | |
| 3.1 | O Papel das Unidades de Emergência no Sistema de Atenção a Saúde . | 24 |
| 3.2 | Estruturas Físicas da Unidade de Emergência | 26 |
| 3.3 | Materiais Usados na Unidade de Emergência | 26 |
| 3.4 | Equipamentos Usados na Unidade de Emergência | 27 |
| 3.5 | Medicamentos Usados na Unidade de Emergência | 28 |
| 3.6 | Protocolos de Atendimento na Unidade de Emergência | 29 |
| 3.7 | Atividades Desenvolvidas pela Equipe de Enfermagem na Unidade de Emergência | 30 |
| 4 | O CUIDAR DA ENFERMAGEM | |
| 4.1 | Cuidados da Enfermagem | 32 |
| 4.2 | Formas de Cuidado da Enfermagem | 34 |
| 4.3 | Humanização do Cuidado da Enfermagem | 38 |
| 4.3.1 | Humanização Frente ao Avanço Tecnológico | 40 |
| 4.4 | Gerenciamento do Cuidado da Enfermagem através de Protocolos | 41 |
| | CONSIDERAÇÕES FINAIS | 47 |
| | REFERÊNCIAS | 48 |

INTRODUÇÃO

Vivenciamos uma era onde a evolução tecnológica é muito rápida, exigindo dos profissionais uma busca constante do conhecimento. Com isso o enfermeiro, profissional que atua com o cuidar, deve buscar o conhecimento e a qualificação para possibilitar melhora na aplicação de seus conhecimentos técnico-científicos e no uso da metodologia de assistência de enfermagem de forma sistematizada para alcance do cuidado com qualidade e eficiência para o cliente.

A enfermagem é uma ciência e como tal está interessada em aprimorar-se e sua sistematização (SAE), possibilita que o enfermeiro desenvolva e aplique seus conhecimentos visando uma assistência de qualidade.

Os serviços de emergência hospitalar podem ser considerados como uma das áreas do hospital de maior complexidade da assistência, com maior fluxo de atividades de profissionais e necessidades dos usuários. Nestes locais são exigidos, uma assistência imediata, eficiente e amplo conhecimento técnico, habilidade profissional e emprego de recursos tecnológicos. O enfermeiro planeja sua assistência a partir da avaliação das reais necessidades que o paciente apresenta no momento de sua internação.

No início a enfermagem era baseada numa postura caritativa, os cuidados eram intuitivos e empíricos. A partir de 1989, com Florence Nightingale, inicia-se a preocupação com a prática embasada em conhecimentos científicos. Por volta de 1950 percebem-se as primeiras alusões ao processo de enfermagem que tem sido visto como a aplicação do método científico na prática de enfermagem.

Hoje a assistência de enfermagem prestada nos serviços de urgência e emergência exige de nossos profissionais eficiência e rapidez. Assim almeja-se não só o aprimoramento das habilidades motoras dos enfermeiros, mas a melhora da qualidade dos cuidados prestados e humanização do atendimento, levando a busca de conhecimentos científicos bem mais profundos. As unidades de alta rotatividade exigem de nossos profissionais uma assistência rápida, com resolutividade e a SAE possibilita uma avaliação das reais necessidades do paciente promovendo um cuidar com qualidade.

Com base nesta temática a questão norteadora foi: traçar o perfil do enfermeiro, suas competências gerenciais, caracterizar a unidade de emergência, demonstrar as formas de cuidado da enfermagem. Tendo como objetivos analisar a prática do enfermeiro em unidade de emergência, no contexto do gerenciamento do cuidado, conceituar gerenciamento; descrever sobre a Unidade de Emergência; discorrer sobre o papel do enfermeiro no gerenciamento do cuidado na Unidade de Emergência.

Para que tanto os objetivos como as questões levantadas pudessem ser esclarecidas, este estudo consta de uma averiguação exploratória e descritiva, obtida por meio de levantamento bibliográfico, com finalidade de encontrar na literatura informações necessárias para responder os questionamentos.

O presente estudo justifica-se tendo em vista, o quanto é grandioso, na atualidade, sistematizar uma visão sobre o gerenciamento do cuidado de enfermagem em unidade de emergência, sendo fundamental a estruturação da assistência. Neste sentido, poderá agregar conhecimentos tanto para a pesquisadora oferecendo subsídios para sua atuação profissional como enfermeira, quanto para os leitores enfermeiros de modo a suscitar uma reflexão entre eles em relação ao tema apontado na presente pesquisa.

Essa pesquisa poderá tornar a assistência qualificada para poder repassar medidas profiláticas adequadas aos pacientes e profissionais que tenha a necessidade de usar o serviço de emergência de um hospital. E ainda esse estudo poderá contribuir com a ampliação da literatura.

O presente estudo encontra-se abordado em três seções. Abordado inicialmente sobre a história do gerenciamento em enfermagem no Brasil, após a caracterização da unidade de emergência e finalmente foi dado enfoque ao cuidar da enfermagem, argumentando sobre formas de cuidados e a humanização dos cuidados.

A HISTÓRIA DO GERENCIAMENTO EM ENFERMAGEM NO BRASIL

Dutra (2001, p. 56) diz que o Ensino de Enfermagem, surgiu em 1890, na própria Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras no Hospital de Alienados. Essa escola definia um elenco de disciplinas a constar no preparo das enfermeiras, entre as quais se destacam: administração interna e escrituração de serviço sanitário e econômico das enfermarias.

Mesmo considerada como a primeira escola de Enfermagem do Brasil – a Escola Alfredo Pinto, na verdade, uma escola com organização administrativa e docente, sob a responsabilidade de enfermeiros, surge somente em 1923, com a criação da Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), anexa ao Hospital Geral de Assistência daquele Departamento (ALPERSTEDT, 1999, p. 98).

Bitencourt (2004) enfatiza que a partir do movimento de renovação dos hospitais, o campo da Enfermagem hospitalar passou a constituir novo mercado de trabalho para as diplomadas, estimulando a criação de inúmeras escolas de Enfermagem, como uma das formas de solucionar o problema da deficiência numérica de profissionais, em face das crescentes exigências das instituições hospitalares.

Marquis e Huston (1999) acrescentam à inexistência de enfermeiras experientes disponíveis, as recém-diplomadas tiveram de desempenhar funções administrativas, de ensino e supervisão dos atendentes, constituídos por pessoas admitidas nos estabelecimentos hospitalares sem o preparo técnico necessários para a execução das tarefas que lhes eram atribuídas.

Nesse currículo, segundo Domenico (2005) o conhecimento de Administração era ministrado na primeira série, através da disciplina economia hospitalar, e na terceira série, com a disciplina “Princípios de Administração Sanitária”. Nas décadas de 50 e 60, observa-se a incorporação dos estudos de Taylor no ensino e no trabalho de Enfermagem, onde predominavam a descrição de técnicas, a economia de materiais, tempo e movimento.

Nessa perspectiva, Cunha (2005) enfatiza que o ensino e a prática de administração preocupam-se com a distribuição de escalas de serviço, levando em consideração os tipos de procedimentos, a utilização de mão-de-obra do aluno nos hospitais, além da preocupação com as técnicas e procedimentos.

“A partir de 1959, com o crescimento acelerado da população previdenciária, a saúde pública perde gradativamente seu espaço, cedendo lugar à atenção médica individual, com clara tendência à privatização.” (NASCIMENTO, 2003, p. 115). Diretamente influenciado por este novo enfoque de atenção à saúde, se vê o currículo de Enfermagem ser reformulado em 1962, estabelecendo um curso geral e duas alternativas para especialização opcional.

O saber de administração, presente na formação do enfermeiro, sempre procurava conciliar princípio de Administração Científica (Taylor) e da Teoria Clássica da Administração (Fayol), haja vista que esta última apresentava-se como necessária à organização hospitalar no Brasil (KURCGANT, 2005, p. 123).

Cunha (2005) acrescenta que a enfermagem incorpora esse conhecimento através de dois fatores essenciais que são a ampliação do quantitativo dos agentes da Enfermagem (enfermeiro, auxiliar e atendente), que levou os enfermeiros a assumirem o gerenciamento do trabalho nos moldes do processo de divisão social e técnica do trabalho, e a complexificação das organizações hospitalares.

Na enfermagem, para Dutra (2001) essa divisão técnica do trabalho é mais marcante em outras práticas de saúde, uma vez que esta é realizada por diversas categorias profissionais e propicia a aplicação dos fundamentos das escolas de administração científica e clássica científica quando se trata das técnicas de enfermagem, que são uma descrição detalhada dos passos de um procedimento, estudados aí os tempos e movimentos necessários à sua execução; clássica, quando se trata da organização do serviço de enfermagem como um todo e suas articulações com os outros setores hospitalares.

Nessa conjuntura, de acordo com Alperstedt (1999) o enfoque teórico da Administração em Enfermagem procura conciliar os princípios da gerência científica com os da Administração Humanística, aparecendo como prioritárias as habilidades de liderança, comunicação e motivação, como conhecimentos essenciais à formação do enfermeiro.

Para Bitencourt (2004) essa valorização da função administrativa do enfermeiro, nas últimas décadas, tem se expressado pelo aumento da carga horária dos conteúdos de Administração Aplicada à Enfermagem, nos currículos de graduação, assim como pela ampliação de cargos gerenciais destinados a enfermeiros nos serviços hospitalares e de rede básica, atendendo, de certa forma, às necessidades do mercado.

Por sua vez, Marquis e Huston(1999) acrescentam que o modelo médico-hospitalar privatista e previdenciário, reforçado durante os governos militares, acarretou graves conseqüências para a população brasileira, tais como o aumento da mortalidade e morbidade por doenças preveníveis e degenerativas e a pauperização da classe trabalhadora são exemplos.

Nesse modelo, de acordo com Nascimento (2003) a enfermagem realiza a gerência de serviços e a administração da enfermagem, centrada em instrumentos e métodos para avaliar a produtividade do trabalho, as relações mecânicas de custo/benefício e parâmetros quanti-qualitativos para a assistência, que se adéqüem aos interesses institucionais comprometidos com a lógica do setor privado e da burocracia do Estado.

Hoje a Enfermagem tenta firmar-se através da competência técnica e política, analisando-se nas relações sociais de produção, buscando identificar-se enquanto processo de trabalho, tentando construir um corpo tecnológico próprio – saberes, técnicas e instrumentos, adequados às especificidades dos seus objetos, agentes e finalidades de trabalho. O ensino de administração apresenta-se como um elemento básico na formação do enfermeiro, e cada vez mais presente na prática desse profissional (DOMENICO, 2005, p. 100).

Em resumo, segundo Kurcgant (2005) essa mudança curricular trouxe avanços significativos à área de Administração; a mesma deixa de ser vista de forma fragmentada, passando a integrar a maior parte da especialização do profissional. Essa inovação requer, por parte dos docentes dessa área e das demais, um novo fazer/ensinar, considerando a prática não só na especificidade de seus conteúdos, mas, sobretudo, integrando-a a formação do enfermeiro como um todo.

Para Cunha (2005) é importante registrar que essa redefinição da prática do Ensino de Administração se fez de forma articulada com os anseios e desejos de mudanças da Enfermagem brasileira, em busca do objeto de trabalho do enfermeiro,

qual seja, o de gerenciar/administrar o processo de trabalho da Enfermagem, inserido na saúde e na sociedade como uma totalidade.

2.1 As competências, importância e gerenciamento na enfermagem

Para Domenico (2005) dentro da equipe multiprofissional que se constitui na força de trabalho hospitalar, a equipe de enfermagem assume papel de destaque uma vez que se constitui no maior percentual do quadro de pessoal destas instituições através dos enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Aos enfermeiros segundo Bitencourt (2004) cabem entre outras, tarefas diretamente relacionadas com sua atuação junto ao cliente, bem como a liderança da equipe de Enfermagem e o gerenciamento dos recursos – físicos, materiais, humanos, financeiros, políticos e de informação – para a prestação da assistência de enfermagem.

Do enfermeiro é exigido conhecimento (que conheça o que faz), habilidades (que faça corretamente) e tenha atitudes adequadas para desempenhar seu papel objetivando resultados positivos. É, portanto, exigido que ele seja competente naquilo que faz, bem como garanta que os membros da sua equipe tenham competência para executarem as tarefas que lhes são destinadas. Constitui-se, portanto, um desafio definir as competências necessárias aos enfermeiros, bem como de estabelecerem-se mecanismos para seu desenvolvimento dentro e fora das instituições (MARQUIS e HUSTON 1999, p. 156).

Destaca-se ainda de acordo com Cunha (2005) que entre as funções de administração do enfermeiro está a de garantir que os membros de sua equipe tenham competência para executarem as tarefas que lhes são destinadas. A formação de enfermeiro, neste contexto de transformações por que passa o mundo e, especificamente, os serviços de saúde, vem sendo constantemente discutida, e tem apontado para a necessidade de mudanças. Nessa perspectiva, o ensino baseado em competências vem sendo apontado como uma das estratégias para estas mudanças, tendo sido indicado nas Diretrizes Curriculares para os Cursos de Graduação em Enfermagem, atualmente em vigor.

“Nelas, as habilidades e competências gerais propostas são: a atenção à saúde, a tomada de decisões, a comunicação, a liderança, a administração e gerenciamento e a educação permanente.” (ALPERSTEDT, 1999, p. 149). Há ainda um elenco de mais trinta e três outras denominadas de específicas.

2.2 Perfil do Enfermeiro Gerente

Na enfermagem, segundo Greco (2004), o termo competência refere-se à capacidade de conhecer e atuar sobre determinadas situações, envolve habilidades para desenvolver ações/atividades, planejamento, implementação e avaliação, requerendo experiência para fazê-lo com qualidade.

Com esse entendimento às competências e habilidades específicas para a área de administração em enfermagem, desenvolvidas durante o processo de formação, devem privilegiar as condutas técnico - científicas, ético-políticas, sócio-educativas, de forma a permitir ao futuro profissional, reconhecer a saúde como direito, atuando para garantir a qualidade da assistência em todos os níveis de atenção à saúde, planejando, organizando, gerenciando e avaliando o processo de trabalho em enfermagem – saúde, em parceria com outros profissionais da mesma instituição (ALVES, 2004, p. 111).

De acordo com Greco (2004), o mercado profissional espera que enfermeiro tenha capacidade para trabalhar com conflitos, enfrentar problemas, negociar, dialogar, argumentar, propor e alcançar mudanças, com estratégias que o aproximem da equipe e do cliente, contribuindo para a qualidade do cuidado, ou seja, espera-se do enfermeiro uma capacidade para gerenciar.

As diretrizes curriculares nacionais propõem que as competências específicas para preparar enfermeiros para o exercício da administração/gestão em enfermagem/saúde, são: planejamento e organização de serviços de enfermagem/saúde; gerência de serviços de enfermagem/saúde; gestão do trabalho enfermagem/saúde; planejamento e gestão financeira; gestão de recursos físicos e materiais; gestão da informação em enfermagem/saúde; desenvolvimento de política e planificação de propostas de atenção a enfermagem/saúde; gestão de processo de cuidar em enfermagem; elaboração de estratégias de avaliação, controle, auditoria e acreditação de serviços de saúde/enfermagem e coordenação da educação em serviço (Ciampone e Kurcgant, 2004, p. 126).

No entanto, de acordo com Vale e Guedes (2004), as competências definidas nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), apesar de atender a grande parte dos interesses da categoria, têm suscitado críticas e rejeições na sua compreensão e implementação, fato justificado pela concepção tecnicista de que a qualificação, muitas vezes, está atrelada a produção no modelo de organização capitalista do trabalho.

Em relação às dificuldades enfrentadas pelos gerentes, destaca-se a tensão existente entre o direito dos pacientes e as prerrogativas dos profissionais, a qual precisa ser equacionada pelo gestor como um dos pontos delicados e centrais da boa assistência à saúde (Alves et al 2004).

Assim, segundo Alves (2004) é imprescindível que os gerentes sejam capazes de minimizar as dificuldades a que estão expostos e aprendam a lidar com a nova situação, podendo desempenhar, satisfatoriamente, seu papel no processo de restauração do sistema de saúde.

Para atender às novas demandas impostas pelo SUS, o setor saúde tradicionalmente se ancorou no preparo técnico dos profissionais, exigindo um gerente com perfil diferenciado. Esse preparo enfatiza os processos diagnósticos e terapêuticos, relegando a um segundo plano a formação de um corpo gerencial adequadamente qualificado para atuar em contextos específicos, como os hospitais, as unidades secundárias e as unidades básicas de saúde. Os profissionais que, ao longo do tempo, se dividiam entre a clínica e a gerência, não mais correspondem ao perfil necessário (GRECO, 2004, p. 123).

Para solucionar essas dificuldades, Munari e Bezerra (2004) consideram o desenvolvimento da competência interpessoal uma ferramenta poderosa para transformar a prática gerencial do enfermeiro.

As atitudes e comportamentos frente às demandas atuais estão diretamente relacionados, não somente, à formação técnica do enfermeiro, mas à dinamização dos aspectos relacionais, que podem ser desenvolvidos a partir da ampliação da consciência de si mesmo, do controle da impulsividade, da persistência, motivação, empatia, zelo, habilidades sociais e resistência psicológica (Munari e Bezerra, 2004).

Portanto, muito além de capacitar profissionais de saúde com competência técnica especializada, é necessário o desenvolvimento de pessoas comprometidas com o processo de gestão, que exige qualidades como a criatividade, a inovação, a intuição, a emoção, a capacidade de se relacionar e, principalmente, a capacidade de manter-se atualizado. É fundamental ainda, a estes profissionais, incorporar no

conceito de qualidade do gestor a inteligência emocional, a competitividade, a parceria, a qualidade de vida no trabalho, e em particular, o desenvolvimento da competência interpessoal.

De acordo com Alves (2004) a competência interpessoal é constituída de um conjunto de aptidões e atitudes adquiridas, organicamente ligadas entre si. Essencialmente ela consiste em tornar o líder capaz de estabelecer com as outras relações interpessoais autênticas, de modo a criar um clima de grupo no interior dos quais as relações de trabalho possam evoluir de formais, estereotipadas e artificiais para funcionais, espontâneas e criativas.

O profissional que adquire sua competência interpessoal possui maior capacidade em lidar com problemas, desafios, em potencializar talentos e gerir trabalho em um clima de confiança e satisfação. Ele deixa de olhar apenas para si, podendo tornar-se capaz de compreender a complexidade das relações entre seres humanos, além disso, há uma melhora no desempenho global das organizações, gerando mais lucros e/ou serviços de melhor qualidade (CIAMPONE e KURCGANT, 2004, p 159).

Nesse processo, a criatividade é fundamental, pois permite ao gestor a proposição de projetos que sejam inovadores na busca de novos resultados e novas formas de comportamento individual e organizacional. Com atitude inovadora, o gestor possibilita o desenvolvimento de atividades que se constituem desafios para a criatividade individual e coletiva. A aceitação de novas idéias gera ruptura de práticas pré-estabelecidas, levando as pessoas a reavaliar seus valores, atitudes e comportamentos e, certamente conduzirá a um processo de realinhamento coletivo muito mais produtivo e prazeroso (BEZERRA e MUNARI; 2004).

Greco (2004) argumenta que para as relações interpessoais e grupais estabelecidas no processo de trabalho da enfermagem assumam o caráter profissional, diminuindo os traumas e as inadequações, é necessário que todos os envolvidos reconheçam a complexidade e o caráter processual, sistêmico e evolutivo dessas relações.

Quanto ao profissional de enfermagem, é necessário atualizar-se e instrumentalizar-se, no sentido de desenvolver habilidades necessárias para que ocupe, definitivamente, o lugar de destaque e o espaço ainda existente no campo da intersubjetividade.

É importante também pensar na responsabilidade dos cursos de graduação na representação de docentes e discentes, em favorecer um aprofundamento da questão relacional como uma das atribuições da enfermeira na liderança de uma equipe de trabalho, o que exige um conhecimento adequado, muitas vezes não priorizado durante a formação, e, também posteriormente, como profissional (URBANETTO e CAPELLA; 2004).

2.3 Competências gerenciais do enfermeiro

O enfermeiro, como o gerente da assistência de enfermagem prestada ao paciente, requer o conhecimento, as habilidades e as atitudes que possibilitarão com que exerça seu trabalho objetivando resultados com eficiência. Este papel gerencial, amplamente discutido desde anos passados, passa pelo próprio desenvolvimento da enfermagem como ciência, que de uma prática “...antes independente, torna-se subordinada à prática médica” (VALE e GUEDES, 2004, p. 176).

Estudo sobre a prática gerencial e o mundo do trabalho na Enfermagem tem mostrado que as competências constituem um tema de discussão imediata a fim de se dar respostas às necessidades desta prática. Autores têm abordado individualmente competências como a interpessoal, a liderança, a motivação da equipe, a comunicação, entre outras, também importantes, num claro sinal que discuti-las tem sido uma necessidade percebida e manifestada. (VALE e GUEDES, 2004, p. 178).

De acordo com Munari e Bezerra (2004) o *Nursing Leadership Institute*, nos Estados Unidos da América, criou um modelo de competências para o enfermeiro gestor, após pesquisas com enfermeiras gerentes naquele país. Nele, foram identificadas seis competências que se desdobram em vários itens, e que podem ser assim traduzidas: poder pessoal, efetividade interpessoal, gestão financeira, gestão de recursos humanos, cuidados com o staff, com os pacientes e consigo mesmo, pensamento sistematizado e como atributos adicionais destaca o otimismo e a resiliência.

Este modelo segundo Greco (2004) dá conta de competências que envolvem aspectos da pessoa individualmente, dela com o grupo e dela na sua atuação na

empresa, e parece responder a alguns questionamentos que este palpitante tema nos remete.

Muitas são as competências que parecem ser necessárias ao enfermeiro na sua prática profissional e desenvolvê-las é, pois um grande desafio tanto dos órgãos formadores, como dos serviços na perspectiva da educação permanente e torna-se responsabilidade de todos estes atores: docentes, enfermeiros dos serviços e do próprio aprendiz (MUNARI e BEZERRA, 2004, p. 196).

Assim, Urbanetto e Capella (2004) enfatiza que podemos inferir que apesar de existirem algumas certezas, ainda não há consenso sobre todas as competências gerenciais que sejam indispensáveis ao Enfermeiro gestor no contexto atual dos serviços de saúde em nosso país. Todavia há que se estimular esta discussão a fim de que o debate possa despertar-nos a todos, para não só no âmbito gerencial defini-las, mas principalmente como desenvolvê-las nos enfermeiros.

CARACTERIZANDO A UNIDADE DE EMERGENCIA

De acordo com Gama (2011) a enfermagem em emergência, é talvez uma das últimas especialidades a surgir como uma área específica do conhecimento de enfermagem avançou muito nos últimos anos. Muito se estudou e muito se aprendeu sobre como abordar o paciente e, estado crítico, tanto no ambiente pré hospitalar como no hospitalar.

Terzi (2011) acrescenta que pesquisas e protocolos de atendimento a vítimas de trauma e de doenças coronarianas foram elaborados com base no que havia de melhor em ciência e em evidências, contribuindo, em muito, para a redução da mortalidade por doenças graves. A estabilização do paciente não é mais atributo exclusivo de equipes de terapia intensiva; começa muito antes, em uma sala de emergência. A unidade de emergência está inserida em um hospital geral, onde são atendidos pacientes.

Em relação à planta física da unidade de emergência Brasil (2010, p. 112) a relaciona da seguinte maneira:

- Recepção - local onde a ficha clínica é realizada;
- Sala de emergência - nesta área são executados os primeiros cuidados prestados ao paciente pela equipe médica e de enfermagem;
- Posto de enfermagem - local onde as medicações são preparadas e onde ocorre a passagem de plantão da equipe de enfermagem;
- Sala de observação - quando o paciente necessita de um período mais prolongado de observação;
- Sala de traumatologia - local específico para o atendimento de pacientes portadores de fraturas;
- Salas de curativo - uma para curativo limpo e a outra para contaminado.

Brasil (2010) segue informando que além destas salas, encontra-se na unidade uma sala para aerosol, outra para sutura de pequenos procedimentos e outra para colocação de gesso. O setor de RX, o Centro Cirúrgico e o Centro de Terapia Intensiva estão localizados próximos a unidade de emergência. De acordo com as normas e padrões de construções estabelecidos pelo Ministério da Saúde, podemos afirmar que um hospital que possua todos os itens acima relacionados

está dentro dos padrões exigidos em relação a planta física de unidade de emergência.

3.1 O papel das unidades de emergência no sistema de atenção a saúde

No Brasil segundo Gomes (2007) as Unidades de Urgência e Emergência, contrariando o que para elas havia sido planejado tornaram-se, principalmente a partir da última década do século passado, as principais portas de entrada no sistema de atenção à saúde, eleitas pela população como o melhor local para a obtenção de diagnóstico e tratamento dos problemas de saúde, independentemente do nível de urgência e da gravidade destas ocorrências.

Com a universalização da atenção, garantida pela constituição de 1988, os contingentes populacionais, até então sem nenhum tipo de cobertura, passaram a pressionar o sistema fazendo com que, tanto nas pequenas cidades como nos grandes centros urbanos, os hospitais, através de suas Unidades de Urgência e Emergência, recebessem o impacto direto desta nova demanda, que em outras circunstâncias deveria destinar-se, prioritariamente ao atendimento ambulatorial, prestado na rede de postos de saúde, nas policlínicas e nos hospitais (FRISOL, 2010, p. 96).

Fortes (2009) argumenta que são inúmeras as explicações para esta distorção, responsável em parte pela crescente queda de qualidade do atendimento nos hospitais, sufocados que estão por uma demanda que não têm condições financeiras, tecnológicas e espaciais de satisfazer. Enfrentando filas intermináveis a população que depende da rede pública, encontra grandes dificuldades na marcação de consultas, inclusive nos postos de saúde, idealizados para ser a principal porta de entrada no sistema de atenção à saúde.

Segundo Galo (2009) a realidade demonstra que este sistema tem sido incapaz de oferecer atendimento adequado a nível ambulatorial no diagnóstico e tratamento de ocorrências que exijam a presença de especialistas ou exames de maior complexidade. Mesmo quando estes serviços estão disponíveis, os prazos de atendimento oferecidos geralmente não se mostram compatíveis com a gravidade dos problemas ou ainda com a paciência, quase inesgotável, dos que buscam tratamento.

Nestes aspectos concordamos inteiramente tanto com o diagnóstico de Warner (1980) ao colocar em dúvida a adequação de um modelo de atenção idealizado para operar na forma de uma pirâmide, como com sua proposta de diversificar as portas de entrada no sistema, que passaria a ter a forma de um círculo.

Infelizmente o drama das longas esperas não se esgota com a realização da primeira consulta, já que na maioria dos casos são solicitados exames complementares que via de regra não estão disponíveis nos postos de saúde, obrigando os pacientes a procurar unidades com maiores recursos de diagnóstico e se sujeitar novamente a prazos de atendimento extremamente longos. Outro agravante do sistema é o horário reduzido de funcionamento das unidades de menor porte da rede de saúde, horário que coincide com a jornada de trabalho, dificultando sua utilização por grande parte da população (GOMES, 2007, p. 115).

Brasil (2010) acrescenta que assim um grande número de pacientes prefere abrir mão do atendimento oferecido nos postos de saúde, apesar de sua maior acessibilidade, para se dirigir às Unidades de Urgências e Emergências que oferecem, em geral, atendimento de 24 horas, maior oferta de clínicas especializadas, exames de maior complexidade e, caso necessário, a possibilidade de internação.

Esta distorção, segundo Fincke (1980) entre inúmeras outras que afetam o modelo brasileiro de atenção à saúde, provoca uma série de impactos no funcionamento das Unidades de Emergência que devem, necessariamente, ser consideradas pelo arquiteto já nas primeiras tarefas de programação e dimensionamento, prevendo, por exemplo, um número maior de consultórios, para responder ao atendimento ambulatorial disfarçado que nelas é prestado, um reforço no dimensionamento dos recursos de diagnóstico e uma maior permanência dos pacientes após receber algum tipo de atenção.

De acordo com Terzi (2011) a falta de atenção a esta realidade faz com que as salas de espera e as salas de observação sejam, em geral, sub-dimensionadas, sendo fato corriqueiro a presença de pacientes e acompanhantes amontoados nas salas de espera e nos corredores sem nenhum tipo de conforto e orientação. Nestas condições os ambientes de observação deixam de atender às suas funções específicas, passando a funcionar como verdadeiras unidades de internação.

3.2 Estruturas Físicas da Unidade de Emergência

Brasil (1995) explicita que trata-se de um serviço existente especificamente para atendimento de pessoas vindas ao hospital com condições que exijam assistência médica hospitalar imediata.

A Unidade de Emergência segundo Warner (1980, p. 122) deve:

- Ser de fácil acesso;
- Ser próximo a unidades de apoio como CC, UTI, Laboratório, Radiologia, CO, etc.;
- Ter corredor com portas amplas;
- Ter um Box de Emergência amplo;
- Ter uma rede elétrica com iluminação especial.

Brasil (2010) diz que assim, o bloco de pronto atendimento deve apresentar uma entrada para pacientes, que dá acesso direto a recepção e sua respectiva sala de espera. Neste mesmo bloco, deve ser estruturado o acolhimento dos pacientes. A seguir, deve ser realizada a triagem classificatória de risco. A esta triagem classificatória é vedada a dispensa de pacientes antes que estes recebam atendimento médico. Após a triagem, os pacientes são encaminhados aos consultórios médicos. O bloco de urgência deve ter outra entrada, com acesso coberto para ambulâncias, portas amplas para a entrada de pacientes em macas e fluxo ágil até a sala de emergência.

3.3 Materiais usados na Unidade de Emergência

A unidade de emergência segundo Terzi (2011) precisa ter uma ampla variedade de materiais que precisam ser repostos diariamente.

Todos os funcionários devem conhecer estes materiais e saber a localização exata de cada um deles.

Brasil (2010) destaca que os enfermeiros devem checar sempre todos os materiais, principalmente do Box de emergência que são os seguintes relacionados; cânulas oro-faríngeas adulto/infantil, jogos de pinças de retirada de corpos estranhos

de nariz, ouvido e garganta, fios cirúrgicos, fios-guia para intubação, pinça de Magyill, bisturi (cabo e lamina), material para cricotiroidostomia, drenos para tórax, pacotes de gaze estéril, pacote de compressa estéril, esparadrapo, material para punção de vários tamanhos incluindo agulhas metálicas e plásticas, agulhas especiais para punção óssea, garrote, equipo de macro e microgotas, cateteres específicos para dissecção de veias, tamanho adulto/infantil, tesoura, seringas de vários tamanhos, torneiras de 3 vias, frascos de solução salina, caixa completa de pequena cirurgia, frascos de drenagem de tórax, extensões para drenos torácicos, sondas vesicais, coletores de urina, espátulas de madeira, sondas nasogastricas, eletrodos descartáveis, equipamentos de proteção individual para equipe de atendimento, cobertor para conservação do calor do corpo, travesseiros e lençóis, pacote de roupas para pequena cirurgia, conjunto de colares cervicais (tamanho P, M e G), prancha longa para imobilização da vitima em caso de trauma, prancha curta para massagem cardíaca.

3.4 Equipamentos usados na unidade de Emergência

No serviço de emergência deve conter alguns materiais e equipamentos necessários para o atendimento, sendo estes diariamente analisados o seu bom funcionamento pelo enfermeiro da unidade.

Gomes (2007, p. 123) ressalta que o Box da unidade de emergência é destinado aos atendimentos iniciais de emergência, e nele deve conter os seguintes equipamentos: Estetoscópio adulto/infantil, esfigmomanometro adulto/infantil, otoscópio com especulos adulto/infantil, oftalmoscópio, espelho laríngeo, bolsa auto-inflável adulto/infantil, desfibrilador com marca-passo externo, monitor cardíaco, oxímetro de pulso, eletrocardiógrafo, glicosímetro, aspirador de secreção, bomba de infusão com bateria e equipo universal, cilindro de oxigênio portátil e rede canalizada de gases ou torpedo de O₂, maca com rodas e grades, respirador mecânico adulto/infantil foco cirúrgico portátil, foco cirúrgico com bateria, negatoscopios nos consultórios, serra de gesso, mascaras laríngeas e cânulas endotraqueais de vários tamanhos, cateteres de aspiração, adaptadores para cânulas, cateteres nasais, sondas para aspiração traqueal de vários tamanhos, luvas de procedimentos,

mascara para ressuscitador adulto/infantil, ressuscitadores infantil e adulto com reservatório, cadarços para fixação de cânula, laringoscópio infantil/adulto com conjunto de laminas gerador de energia elétrica compatível com o consumo da unidade, sistema de telefonia e de comunicação.

3.5 Medicamentos usados na Unidade de Emergência

Brasil (1995) informa que na unidade de emergência são administrados alguns medicamentos entre estes estão às medicações endovenosas e algumas delas estão relacionadas a seguir:

Adrenalina, água destilada, aminofilina, amiodarona, amitriptilina, ampicilina, atropina, bicarbonato de sódio, biperideno, brometo de ipratropio, bupivacaina, captopril, carbamazepina, carvão ativado, cefalexina, cefalotina, cetoprofeno, clister glicerinado, clordiazepoxido, cloridrato de clonidina, cloridrato de hidralazina, cloreto de potássio, cloreto de sódio, clorpromazina, clorafenicol, codeína, complexo b injetável, deslanosideo, dexametasona, diazepam, diclofenaco de sódio, digoxina, dipirona, enalapril, escopolamina (hioscina), fenitoina, fenobarbital, fenoterol bromidrato, flumazenil, furosemida, gentamicina, glicose isotônica, glicose hipertônica, Gluconato de cálcio, haloperidol, hidrocortisona, insulina, isossorbida, lidocaína, manitol, meperidina, metildopa, metilergometrina, metilprednisolona, metoclopramida, metoprolol, midazolam, nifedipina, nistatina, nitroprussiato de sódio, óleo mineral, omeprazol, oxacilina, paracetamol, penicilina, prometazina, propranolol, ranitidina, ringer lactato, sais para reidratação oral, salbutamol, soro glico fisiológico, soro fisiológico, soro glicosado, sulfadiazina prata, sulfametoxazol + trimetoprim, sulfato de magnésio, tiamina (vit. b1), tramadol, tobramicina colírio, verapamil, vitamina k. (BRASIL, 1995, p. 163).

Brasil (2003) ressalta que carrinho de emergência que de acordo com a Portaria MS N° 1.863/03 é um armário que contém os equipamentos usados por médicos e enfermeiros quando acontece uma intercorrência, por exemplo: parada cardíaca. Esta é uma situação que exige procedimentos imediatos.

Conforme Brasil (2003), a nomenclatura mais própria é carrinho de emergência como o próprio nome indica é utilizado em situações de emergência. O mesmo autor propõe a padronização dos carros de emergência objetivando

homogeneizar o conteúdo e a quantidade de material dos carrinhos na diferentes unidades: UTI, Pronto- socorro (PS), SRPA, Unidade Coronariana, centro cirúrgico e etc.

O objetivo do carrinho de emergência segundo Brasil (2003) é facilitar o acesso de médicos intensivistas, enfermeiros aos materiais mais comuns aos procedimentos de atendimento ao cliente gravemente enfermo.

Os Profissionais de saúde devem estar preparados para atender, de forma sistematizada e padronizada, uma situação de emergência. Para que isso ocorra, o treinamento da equipe é fundamental, e todo o material necessário para esse momento deve estar disponível de forma imediata no carrinho de emergência.

Brasil (2003) descreve que junto ao carrinho devem estar: Tábua de compressão torácica; Desfibrilador; Termômetro; Oxímetro de pulso; Eletrocardiográfico; Monitor de pressão arterial; Esfigmomanômetro; Invasivo (por punção arterial em geral a radial); Capnógrafo; Monitor Cardíaco - Efetua o controle do débito cardíaco; Swan-Ganz; Sonda naso-enteral; Sonda vesical; Máscara e cateter de oxigênio; Cateter Central; tubo orotraqueal; Ventilador Mecânico.

Na segunda gaveta do carrinho de emergência de acordo com Brasil (2003) deve conter: Agulhas nº 25x7 e 40x12; Jelco nº18, 20 e 22; Cateteres subclavia nº16; Equipo macrogotas; Equipo microgotas; Sonda uretral nº8, 12 e 16; Sonda nasogástrica nº 12 e 16; Lâmina de bisturi; Fio de sutura – nylon 3,0 com agulha; Scalp nº19, 21 e 23; Seringas 1, 3, 5, 10 e 20 ml; Three way ou Y Xylocaína geléia. Na terceira gaveta deve conter: Bicarbonato de sódio a 5%; Eletrodos; Luvas cirúrgicas nº 7,5 e 8,0; Soro glicosado a 5% de 250 e 500 ml; Soro fisiológico a 0,9% de 250 e 500 ml; Tubo nº7,5, 8,0, 8,5 e 9,0. Na quarta e ultima gaveta possui: Ambu; Cânula de Guedel; Guia de tubo; Lâminas para laringo nº 2, 3 e 4; Pilhas; Laringoscópio; Látex tubo; Máscara de Hudson; Óculos protetor; Umidificador.

3.6 Protocolos de atendimento na Unidade de Emergência

A área de Urgência e Emergência segundo Frisol (2010) constitui-se em um importante componente da assistência à saúde. Nos últimos anos, o aumento dos

casos de acidentes e da violência tem causado um forte impacto sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) e o conjunto da sociedade. Na questão social, ele pode ser verificado pelo aumento de 30% no índice de Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP) em relação a acidentes e violências nos últimos anos, enquanto que, por causas naturais, o mesmo índice encontra-se em queda.

Segundo Brasil (2010) ciente dos problemas existentes, o Ministério da Saúde já adotou diversas medidas, das quais pode-se destacar aquelas reunidas no Programa de Apoio à Implantação de Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para o Atendimento em Urgências e Emergências.

O Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Assistência à Saúde, está plenamente engajado, em parceria com estados e municípios, na efetiva organização e estruturação dos Sistemas de Referência dessa área assistencial. Além de realizar investimentos relativos ao custeio e à adequação física em equipamentos dos serviços integrantes dessas redes, tem investido também na promoção e capacitação dos recursos humanos dos serviços. (GAMA, 2011, p. 189).

3.7 Atividades desenvolvidas pela equipe de enfermagem na unidade de emergência

Em relação às atividades de ensino exercidas pelo enfermeiro, Gomes (2007) ressalta que este profissional na sua prática diária orienta a equipe de enfermagem na realização da pré-consulta e promove treinamento em serviço sobre os protocolos de atendimento e novos procedimentos.

No hospital existe um setor específico para o desenvolvimento de programas de educação continuada, no qual atua um enfermeiro responsável em implementar programas, cujos propósitos consistem em sanar dificuldades evidenciadas na prática da enfermagem e promover o aprendizado de novos conhecimentos sobre os avanços ocorridos na área da saúde.

A seguir, Galo (2009, p. 196) descreve as principais atividades desenvolvidas pela equipe de enfermagem:

Realiza a pré-consulta, verifica os sinais vitais e anota a queixa atual do paciente; Acomoda o paciente na sala de

urgência, e instala o monitor cardíaco; Instala soroterapia, sonda vesical e sonda nasogástrica; Administra medicamentos via intramuscular e/ou via endovenosa; Prepara o material e circula a sala de procedimento de sutura; Prepara o material de punção subclávia e/ou dissecação de veia e auxilia a equipe médica; Encaminha o paciente ao RX e exames complementares; Realiza a evolução e a anotação dos pacientes em observação.

O papel do enfermeiro na unidade de emergência segundo Brasil (2010) consiste em obter a história do paciente, fazer exame físico, executar tratamento, aconselhando e ensinando a manutenção da saúde e orientando os enfermos para uma continuidade do tratamento e medidas vitais. O enfermeiro desta unidade é responsável pela coordenação da equipe de enfermagem e é uma parte vital e integrante da equipe de emergência.

O CUIDAR DA ENFERMAGEM

Na Enfermagem, segundo Colombrini (2011) o termo competência refere-se à capacidade de conhecer e atuar sobre determinadas situações, envolve habilidades para desenvolver ações/atividades planejamento, implementação e avaliação, requerendo experiência para fazê-lo com qualidade.

Terzi (2011) argumenta que o cuidar em enfermagem caracteriza-se em conhecer e atender as necessidades do ser a ser cuidado, em dar oportunidade a ele de cuidar-se e de desenvolver o seu potencial. Pensar na enfermagem e no cuidar é uma tarefa instigante e de certa forma representa um desafio no contexto atual da conformação das práticas de saúde, no qual é necessário e fundamental se considerar a forma como a produção dessas práticas tem se efetivado, voltadas muito mais às doenças e não ao doente.

Com esse entendimento às competências e habilidades específicas para a área de administração em enfermagem, desenvolvidas durante o processo de formação, devem privilegiar as condutas técnico-científicas, ético-políticas, sócio-educativas, de forma a permitir ao futuro profissional, reconhecer a saúde como direito, atuando para garantir a qualidade da assistência em todos os níveis de atenção à saúde, planejando, organizando, gerenciando e avaliando o processo de trabalho em enfermagem – saúde, em parceria com outros profissionais da mesma instituição (VIDAL, 2011, p. 28).

4.1 Cuidados da Enfermagem

A principal atividade dos enfermeiros, segundo Antunes e Trevizan (2000) é a de prestar cuidados de enfermagem a pessoas, sãs ou doentes, de forma as que mantenham, melhorem ou recuperem a sua saúde, ajudando-as a atingir o seu máximo bem-estar físico e psíquico, tão rapidamente quanto possível. Os cuidados que prestam têm sempre em conta as necessidades físicas, emocionais e sociais dos pacientes e visam um ou mais dos objetivos fundamentais desta profissão: a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação e a reintegração social.

Para além da prestação de cuidados de enfermagem globais a indivíduos (desde o nascimento até a morte), os enfermeiros prestam igualmente cuidados a famílias, grupos e comunidades. As suas responsabilidades e atividades dependem, contudo, de fatores como a sua área de atuação, a sua categoria profissional e a entidade para a qual trabalham.

O que realmente significa "Cuidado"? De acordo com Iyer (1993) passa primordialmente pela ajuda ao outro. E, como especial que é, deve ser única e particular, tal como é o próprio indivíduo cuidado. Esta noção, cuja designação já alimentou inúmeras teorias, é a base fulcral, o fundamento do Cuidar.

Por isso, a palavra 'cuidado' segundo Paim (1994) deve ser utilizada no singular, fugindo-se, assim, ao cariz instrumentalizado que a conotação plural erroneamente abarca. O cuidado, singular, é único e peculiar, e toca a pessoa, como única que é um corpo-sujeito, diferente de qualquer outro, mas muito mais que o corpo-objeto que, infelizmente, faz as práticas de cuidados.

Atravessamos, portanto, uma crise de cuidado secundária à crise de definição de indivíduo, de sujeito único.

Para Iyer (1993) cuidados de enfermagem são "o prolongamento, uma substituição daquilo que os utilizadores dos cuidados não podem, temporariamente, assegurar por si próprio, ou lhes é assegurado pelos que os cercam", ou seja, "é a mobilização e desenvolvimento de capacidades (no cliente e/ou nos que o cercam) que permitam fazer face às limitações ocasionadas pela doença, ou fazer em face de acontecimentos (de vida)".

Já Potter (2010, p. 100) diz que:

"Cuidados de enfermagem são, para além da execução das tarefas e técnicas que couberam ao enfermeiro na partilha sociológica de funções, coordenar e promover a existência de todos os meios, para que o cliente possa compensar as limitações ocasionadas pela doença ou desenvolver as suas capacidades de manutenção de vida. (...) São um processo de interação e de transação dentro do qual se realizam tarefas e atividades, mas o cuidado ao doente é mais que a soma das tarefas e das atividades implicadas".

Daniel (2010) um dos conceitos é precisamente o de Cuidados de Enfermagem, entendendo-os como "intervenções autônomas e interdependentes a realizar pelo enfermeiro no âmbito das suas qualificações profissionais". Ainda define que os Cuidados de enfermagem são caracterizados por terem por

fundamento uma interação entre enfermeiro e comunidade, a relação de ajuda e o fato de utilizarem uma metodologia científica.

Importa ainda referir que intervenções autônomas são aquelas realizadas pelos enfermeiros sob a sua única e exclusiva responsabilidade, tendo em conta a preparação e qualificações que detêm. Intervenções interdependentes prendem-se com a interdisciplinaridade intrínseca à própria profissão, ou seja, trata-se do conjunto de ações que o enfermeiro executa juntamente com outros profissionais, com vista a um objetivo comum.

4.2 Formas de cuidados da enfermagem

A Enfermagem segundo Colombrini (2011) pode ser descrita como uma profissão de ajuda, complexa e multifacetada. Há uma ampla variedade de elementos que entram em sua composição e em sua prática. Um desses elementos é o cuidar, um constructo teórico considerado como central para a Enfermagem, haja vista que, para aquelas e aqueles que exercem a profissão, além de ser um imperativo moral pessoal, comum a todos os seres humanos, é também um imperativo moral profissional, não negociável.

Cuidar é um verbo cuja ação se exprime, entre outros modos possíveis, na transitividade relacional que ocorre entre, no mínimo, duas pessoas presentes na situação e no ambiente de cuidado: uma pessoa que assume o papel de cuidador, e outra pessoa que assume o papel de ser cuidado (Vidal, 2011).

O verbo cuidar, quando empregado com o sentido denotativo ou discursivo de zelar pelo bem-estar ou pela saúde de alguém, tratar da saúde de alguém, indica uma série de ações dinâmicas e inter-relacionadas para a realização do cuidado; ou seja, indica um processo de trabalho que ocorre (consciente ou inconscientemente) através da adoção de um determinado modo de fazer, fundamentado em algum modo de pensar (ANTUNES, 2000, p. 98).

Potter (2010) acrescenta que o processo de cuidar em enfermagem, ou processo de enfermagem entendida como um instrumento metodológico que nos possibilita identificar, compreender, descrever, explicar e/ou predizer como nossa clientela responde aos problemas de saúde ou aos processos vitais, e determinar

que aspectos dessas respostas exijam uma intervenção profissional de enfermagem, implica na existência de alguns elementos que lhe são inerentes. Sob o ponto de vista do Conselho Internacional de Enfermeiras, esses elementos são: o que os exercentes da Enfermagem fazem, tendo como base o julgamento sobre fenômenos humanos específicos, para alcançar os resultados esperados.

Kron (1994) diz ser entendido não somente como um modo de fazer, mas como um modo de pensar a prática assistencial, observa-se que a implementação do processo de enfermagem envolve três áreas inter-relacionadas de cognição: o raciocínio e julgamento diagnóstico; o raciocínio e julgamento terapêutico e o raciocínio e julgamento ético.

Ressalte-se também que, embora derivado do supostamente objetivo método científico, o processo de enfermagem não é aplicado de um modo totalmente objetivo, uma vez que os valores humanos, tanto os dos exercentes da Enfermagem quanto os da clientela, influenciam tanto a identificação quanto a solução de problemas; a sensibilidade moral e o julgamento ético na interação com a clientela permeiam o processo em sua inteireza. As dimensões do pensar, do sentir e do agir articulam-se, portanto, no processo de enfermagem de forma indissociável (TREVIZAN, 2002, p. 100).

Vidal (2011) argumenta que para as pessoas que não pertencem à área, entretanto, se os aspectos psicomotores ou afetivos são passíveis de ser percebidos, nem sempre ficam evidentes os aspectos intelectuais que estão envolvidos nesse processo. Isso é agravado pelo fato de que, com certa frequência, não se registra de modo sistemático, ordenado e compreensível o cuidado que foi realizado e o que o determinou.

Ou seja, segundo Gama (2011) uma pessoa estranha à área, avaliando a prática assistencial da Enfermagem, poderia descrevê-la simplesmente como um sem número de “tarefas manuais rotineiras” que são realizadas por seus exercentes, algumas das quais são consideradas mais simples, outras mais complexas: banho, aplicação de injeção intramuscular, aspiração de secreções, curativo, mobilização no leito, sondagem vesical, verificação de sinais vitais, entre tantos outros exemplos que poderiam ser aqui incluídos.

Warner (1980) ressalta que para a Enfermagem, o descaso com o registro sistemático dos elementos anteriormente mencionados (diagnóstico, ações/intervenções e resultados de enfermagem) pode resultar, por um lado, em

ausência de visibilidade e de reconhecimento profissional; por outro lado, o que é talvez mais sério, em ausência ou dificuldade de avaliação de sua prática.

Processo de enfermagem não é um conceito “novo”. Embora a expressão ainda não fosse utilizada, é possível que o ponto de partida para seu desenvolvimento e introdução na nossa linguagem especial remonte à segunda metade do século XIX, quando Florence Nightingale enfatizou a necessidade de ensinar as enfermeiras a observar e a fazer julgamentos sobre as observações feitas (Trevizan, 2002).

De acordo com Iyer et al. (1993), o processo de enfermagem pode ser definido em termos de três grandes dimensões: propósito, organização e propriedades. No que diz respeito à primeira dessas dimensões, entre os propósitos da aplicação do processo de enfermagem apontados na literatura verifica-se haver:

Os relacionados à clientela alvo do cuidado de enfermagem:

- Identificar e tratar dos problemas do cliente;
- Promover o bem-estar do cliente;
- Atender aos problemas de saúde e às necessidades de enfermagem da pessoa;
- Diagnosticar e tratar as respostas humanas à saúde e à doença;
- Melhorar ou manter o nível de saúde do cliente;
- Identificar as necessidades de cuidados de saúde do cliente, determinar as prioridades, estabelecer as metas e os resultados esperados, estabelecer e comunicar um plano de cuidados centrado no cliente, proporcionar prescrições de enfermagem designadas para atender às necessidades do cliente e avaliar a eficácia dos cuidados de enfermagem em alcançar os resultados esperados e as metas para os clientes;
- Satisfazer as necessidades individualizadas do cliente, da família e da comunidade;
- Proporcionar cuidados de qualidade, centralizados no cliente;
- Prestar um cuidado de enfermagem seguro e eficaz para o cliente;
- Avaliar o estado de saúde do cliente, fazer julgamentos e diagnósticos, planejar, implementar e avaliar ações apropriadas de enfermagem;

Os relacionados à organização/gerenciamento do cuidado:

- Fornecer uma base a partir da qual todas as ações sistemáticas de enfermagem podem ser levadas a efeito;
- Tomar decisões esclarecidas quanto às situações de cuidados;
- Num processo de tentativas e erros;
- Proporcionar um roteiro para o raciocínio crítico;
- Prover uma estrutura sistemática e propositada que habilite o enfermeiro;
- A organizar e a administrar os cuidados de enfermagem;
- Fornecer uma estrutura para ser utilizada no trabalho com o paciente.

A segunda dimensão, a da organização, de acordo com Antunes (2000) diz respeito à seqüência de etapas (ou componentes) necessárias para alcançar os propósitos estabelecidos. De acordo com Kron (1994), o processo de enfermagem possui dois elementos-chave: a identificação do problema, que ocorre durante a coleta de dados e diagnósticos; e a solução do problema, através da projeção do resultado que se espera alcançar, intervenção e avaliação do resultado.

Na verdade, inicialmente, como acentua Vidal (2011, p. 29):

Necessita-se, tal qual ocorre durante a aprendizagem de uma língua, aprender os aspectos formais desse processo; à medida que se adquire experiência, no entanto, compreendesse que, se foi necessário aprender algumas regras para sua aplicação na prática profissional, existem muitas exceções para essas regras, e que nossas percepções, julgamentos e ações nem sempre ocorrem na exata ordem coleta de informações, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação.

Quanto às dificuldades para sua implantação efetiva, que reconhecemos haver, concordamos com Paim (1994), quando afirma que essas dificuldades “precisam significar o desafio suficiente aos estudos para adaptação, substituição, sem desvalorização da proposta teórica inicial”.

O processo de enfermagem segundo Potter (2010) é um processo social intencional mediado pela linguagem (verbal e não-verbal) e influenciado pelo tipo e qualidade das interações estabelecidas entre os executores da Enfermagem e o cliente. Durante essa interação humana, devem ser trocadas informações autênticas e pertinentes, que propiciem experiências perceptuais acuradas e significativas para ambos e que encaminhem, portanto, para um cuidado sensível, solidário e integrativo.

Entender o processo de enfermagem como um processo social implica entendê-lo, também, como um processo de interação comunicativa. Assim sendo, a comunicação assume um papel vital no relacionamento entre os executores da Enfermagem e o cliente. Essa comunicação tanto pode ser expressiva, envolvendo os valores, crenças, atitudes, preocupações e necessidades dessa díade, quanto instrumental, envolvendo o conhecimento e a habilidade de ambos (Daniel, 2010).

Nesse contexto, encontro e relacionamento pessoal pressupõem mais do que mero desempenho de papéis regidos por normas. Pressupõem, além disso, perceber o cliente como um ser biopsicossocial total, que internalizou a realidade social em que está inserido como um sistema de significados simbólicos que regem seu comportamento, sua comunicação com os outros, e sua compreensão do meio ambiente interno e externo.

Idealmente, para que o processo de enfermagem, conforme o concebemos, possa ocorrer, torna-se necessário que o cliente comunique disponibilidade para envolver-se, expressando suas expectativas, valores, crenças, atitudes, preocupações e ansiedades relativas à situação que vivencia, e que participe ativamente na identificação de suas necessidades de cuidado, assim como na tomada de decisão acerca das metas pretendidas e dos caminhos para alcançá-las. Acima de tudo, no entanto, compreendemos que, nem sendo herói, panacéia para todos os problemas que a enfermagem, de modo coletivo, enfrenta, nem sendo vilão, como é às vezes representado na literatura da área, o processo de enfermagem *“é algo básico, isto é, é uma interação, uma atividade – de fato, ele É a prática de enfermagem”*, como o define (COLOMBRINI, 2011, p. 115).

4.3 Humanização do Cuidado da Enfermagem

A humanização na saúde segundo Vidal (2011) tem como objetivo principal o carinho e o prazer de cuidar da vida do próximo. Apesar da vida corrida de um profissional de saúde, dentro de um hospital, o enfermeiro deve transmitir à sua paciente total dedicação. O novo desafio que o profissional da enfermagem enfrenta faz com que a prática do serviço alcance níveis cada vez mais qualificados.

De acordo com Colombrini (2011) esses serviços de saúde devem funcionar atendendo o indivíduo como ser humano integral, submetidos às mais diferentes situações de vida. O atendimento integral significa também que será garantido o

acesso das pessoas a todos os níveis de complexidade do sistema, desde a atenção primária, no caso de ações preventivas, até os níveis secundários e terciários de atendimento, necessários na assistência curativa.

Segundo Vidal (2011) dar atendimento humanizado não requer necessariamente dedicar todo o tempo ao paciente. Pode ser dado um atendimento com qualidade humano superior, ocupando de forma eficaz, o tempo de uma aplicação de injeção, aferição dos sinais vitais, da realização de um curativo. Basta, portanto saber dirigir palavra de conforto, segurança e carinho. Dar real atenção à pessoa, conversar com ela, deixar que se manifeste e até que reclame.

Humanizar caracteriza-se em colocar a cabeça e o coração na tarefa a ser desenvolvido, entregar-se de maneira sincera e leal ao outro e saber ouvir com ciência e paciência as palavras e os silêncios. O relacionamento e o contato direto fazem crescer, e é neste momento de troca, que humanizo, porque assim posso me reconhecer e me identificar como gente, como ser humano. Humanização deve fazer parte da filosofia de enfermagem. O ambiente físico, os recursos materiais e tecnológicos não são mais significativos do que a essência humana. Esta sim irá conduzir o pensamento e as ações da equipe de enfermagem, principalmente do enfermeiro, tornando-o capaz de criticar e construir uma realidade mais humana (COLOMBRINI, 2011, p. 145).

Para Vidal (2001) não é apenas uma questão de mudança do espaço físico, mas principalmente uma mudança nas ações e comportamento dos profissionais frente ao paciente e seus familiares. Levando em conta a ética profissional da enfermagem, a esses profissionais não compete apenas às ações técnicas e especializadas, mas a atenção às pessoas doentes da melhor maneira possível respeitando sua individualidade.

O Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) propõe um conjunto de ações integradas que visam mudar substancialmente o padrão de assistência ao usuário nos hospitais públicos do Brasil, melhorando a qualidade e a eficácia dos serviços hoje prestados por estas instituições. Ao valorizar a dimensão humana e subjetiva, presente em todo ato de assistência à saúde, o PNHAH aponta para uma re-qualificação dos hospitais públicos, que poderão tornar-se organizações mais modernas, dinâmicas e solidárias, em condições de atender às expectativas de seus gestores e da comunidade (BRASIL, 2007). A primeira etapa deste Programa foi à realização de um Projeto-Piloto, implementado em dez hospitais distribuídos em várias regiões do Brasil, situados em

diferentes realidades socioculturais, e que possuíam diferentes portes, perfis de serviços e modelos de gestão.

O Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar foi apresentado em Brasília, no dia 24 de maio de 2000, para convidados representativos das mais variadas instâncias da área da saúde, tais como Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, dirigentes de Hospitais e Universidades, representantes dos usuários, Conselhos de Saúde e Conselhos de Classe. Com a aprovação do Programa pelo Ministro da Saúde, o Comitê escolheu um grupo de profissionais de reconhecida capacidade técnica para desenvolver o Projeto-Piloto (BRASIL, 2007). O trabalho em cada hospital foi desenvolvido por dois profissionais, com o acompanhamento de uma equipe de supervisores, coordenada pelo Comitê de Humanização.

Os principais objetivos do Projeto-Piloto foram: a) deflagrar um processo de humanização dos serviços, de forma vigorosa e profunda, processo esse destinado a provocar mudanças progressivas, sólidas e permanentes na cultura de atendimento à saúde, em benefício tanto dos usuários-clientes quanto dos profissionais; b) produzir um conhecimento específico acerca destas instituições, sob a ótica da humanização do atendimento, de forma a colher subsídios que favoreçam a disseminação da experiência para os demais hospitais que integram o serviço de saúde pública no Brasil (BRASIL, 2007).

4.3.1 A Humanização Frente ao Avanço Tecnológico

Segundo Antunes e Trevizan (2000) ao longo da história a enfermagem vem se desenvolvendo, e a partir da Revolução Industrial teve um impulso considerável, em pesquisas, técnicas e novos conceitos que conquistou perante a sociedade; por outro lado, a ciência obteve um grande avanço a partir do momento em que se aliou à tecnologia, beneficiando-se dos princípios científicos e dos equipamentos mais simples aos mais sofisticados.

A tecnologia não consiste exclusivamente na aplicação pura do conhecimento, mas de vários conhecimentos reunidos, com a finalidade de encontrar a solução para uma anormalidade, Potter (2010, p.61) afirma que, “a

descoberta científica resulta da busca do saber pelo saber em si, ainda que se admita que o cientista, sempre tenha um interesse por aquilo que esteja pesquisando”.

É claro que a tecnologia é essencial, desejável e necessária à modernização do atendimento aos pacientes na unidade de emergência tornando-se útil para prolongar a vida e diminuir o sofrimento de muitas pessoas, no entanto, não se deve deixar o paciente de lado dando prioridade aos aparelhos, conforme descreve Iyer (1993, p. 123), ao dizer que, “de nada adianta ser um humanista e observar o homem que morre por falta de tecnologia, nem ser rico em tecnologia apenas para observar os homens que vivem e morrem indignamente”.

O avanço tecnológico na área da saúde segundo Kron (1994) é uma grande conquista, porém, o melhor é associá-lo à humanização e a comunicação terapêutica, com intuito de obter resultados mais satisfatórios em relação ao bem estar dos clientes e da ciência.

Analisando a tecnologia e a humanização, observa-se que estas possuem características distintas, mas se faz necessário o uso de ambas para que o resultado do atendimento seja satisfatório por parte dos pacientes. Baseados nestas afirmações percebe-se que a humanização na enfermagem não é possível sem a tecnologia e vice-versa, não se pode aplicar a tecnologia nas ações da enfermagem sem que a humanização esteja presente (TREVIZAN, 2002, p. 155).

Nesta perspectiva, muito empenho é necessário para que o progresso da tecnologia e da ciência não acabe por esvaziar a profissão de seu conteúdo humano, sendo imprescindível associar ao exercício profissional, a tecnologia e o conhecimento da personalidade do paciente, mantendo a assistência digna a quem tem sentimentos e racionalidade, e não a um amontoado de sinais, sintomas e reações. Enfim, é indispensável a “tecnologia do calor humano” nas relações enfermeiro-paciente, característica esta que enobrece, dignifica e eleva os ideais da profissão de enfermagem (COLOMBRINI, 2011, p. 189).

4.4 Gerenciamento do Cuidado da Enfermagem Através de Protocolos

Entendendo acolhimento como “receber bem, ouvir a demanda, buscar formas de compreendê-la e solidarizar-se com ela” Paim (1994), deve ser realizado

por toda a equipe de saúde em toda relação entre profissional de saúde – pessoa em cuidado. Sendo assim, o Auxiliar de Enfermagem pode, dentro de suas atribuições legais (decreto 94.406, art II inciso I da lei do exercício profissional):

- Utilizar uma escuta ampliada do motivo da procura ao serviço, levando em consideração o contexto em que o usuário está inserido;
- Observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas ao nível de sua qualificação;
- Comunicar ao enfermeiro ou médico quando o motivo for uma queixa, sinal ou sintoma para que, junto com a equipe responsável, o atendimento seja direcionado no sentido de responder as necessidades humanas básicas afetadas;
- Referenciar o paciente à equipe responsável por ele;
- Agendar retornos a partir de solicitação da equipe de saúde e/ou de acordo com o atendimento programático;
- Responder às demandas de vigilância à saúde e encaminhar queixas ou denúncias de cunho ambiental/social às instâncias pertinentes (Núcleo de Saúde Coletiva, Vigilância à Saúde distrital) e realizar as orientações de saneamento.

Cabe ao enfermeiro:

- Supervisionar o acolhimento realizado pelo auxiliar e/ou técnico de enfermagem;
- Receber os pacientes que procura o serviço com queixa, sinal ou sintoma, realizar acolhimento e, quando necessário, consulta de enfermagem, assim como proceder os encaminhamentos necessários.

Paim (2004) descreve as etapas básicas de protocolos de atendimento emergencial da seguinte maneira: 1 - análise da cena do evento: • cuidados com a segurança; • observação; • sinalização; • cb / pm. 2 - Abordagem da vítima: • verificação da responsividade (pode ser realizada a distância); • checagem dos sinais vitais (somente pode ser realizada em contato com a vítima); sinais (são os indicativos que obtemos sem auxílio da vítima); sintomas (são os indicativos relatados pela vítima).

Trevizan (2002) como Paim (2004) também explicita alguns procedimentos de protocolo:

Sinais vitais - “ver / ouvir / sentir”. ♦ respiração – geralmente usa-se o dorso da mão para senti-la. ♦ pulso – no carotídeo (em adultos e crianças). ♦ PA – precisa-se de instrumental específico. ♦ temperatura – precisa-se de instrumental específico sinais de apoio. ♦ cor e umidade da pele – pode indicar problemas circulatórios. ♦ motilidade – avalia lesões musculares / neurológicas. ♦ sensibilidade – idem ao anterior
 ♦ foto reatividade pupilar (pupilas dilatadas chamam-se midríase e contraídas, miose) – sua ausência pode ser indicativa de hipóxia cerebral, edema intracraniano, hipovolemia, hipotensão, envenenamento, intoxicação, tce.
 ♦ enchimento capilar – só em membros. pelo tempo decorrido, estima a perfusão ou se houve alguma lesão traumática que retarda o fluxo sanguíneo

Paim (2004) acrescenta o roteiro de prioridades no atendimento da seguinte maneira: A - Abertura das vias aéreas com controle cervical; B - Boa ventilação; C - Circulação / controle das hemorragias; D - Distúrbios neurológicos; E - Exposição completa da vítima e controle térmico.

Ainda sobre protocolos de atendimento Paim (2004) enfatiza sobre os protocolos vistos com prioridade absoluta pela equipe de enfermagem, chamado de a b c da vida: A - abertura das vias aéreas com controle cervical; B - boa ventilação; C - circulação e controle das hemorragias.

Gama (2011) argumenta que a elaboração da sistematização da assistência de enfermagem é um dos meios que o enfermeiro dispõe para aplicar seu conhecimento técnico científico e humano na assistência ao paciente e caracterizar sua prática profissional, colaborando na definição do seu papel. O ponto central da Sistematização da Assistência de Enfermagem é guiar as ações de enfermagem afim de que possa atender as necessidades individuais do cliente família comunidade.

Através dela é possível identificar as repostas do cliente família comunidade e atender as necessidades afetadas e prevenir futuros agravos. Warner (1980) aponta mais detalhadamente os propósitos da SAE, sendo eles: 1º permite utilizar o conhecimento e habilidade de forma organizada e orientada; 2º viabiliza a comunicação do enfermeiro com outros profissionais e colegas de todas as especialidades, a cerca dos problemas vigentes no cotidiano do cuidado; 3º é essencial na provisão de um cuidado abrangente e de qualidade para o paciente; 4º

é um importante avanço na batalha para a maior autonomia profissional; 5º vem desmistificando a idéia de que a prática de enfermagem é baseada apenas na realização das prescrições médicas.

Nos últimos anos, a padronização das atividades gerenciais e assistenciais nos serviços hospitalares passa a ser uma exigência legal da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), o que a torna uma obrigatoriedade além de uma necessidade institucional. A sua implantação garante a padronização e uniformidade das atividades, objetivando garantir índices de segurança e qualidade de práticas assistenciais e gerenciais no atendimento ao usuário e no desempenho profissional, não só do serviço de enfermagem, mas de todos os serviços do hospital. (VIDAL, 2011, p. 196).

Além disso, segundo Colombrini (2011) as não-conformidades (desvios) eventuais têm condições de serem corrigidas/adequadas ao padrão usual, pois minimizam a ocorrência de desvios na execução dos procedimentos, propiciando o aumento da previsibilidade de seus resultados e diminuindo as variações causadas por imperícia ou adaptações aleatórias. Ainda vêm a contribuir na satisfação do cliente/usuário, aumentando a credibilidade da instituição.

Em inglês, Standard Operating Procedure, foi conceituado por Colenghi-1997, como a descrição detalhada de todas as operações necessárias para a realização de um determinado procedimento, ou seja, é um roteiro padronizado para realizar uma atividade. Têm uma importância capital dentro de qualquer processo funcional, cujo objetivo básico é o de garantir, mediante uma padronização, os resultados esperados por cada tarefa executada.

O pop segundo Trevizan (2002) é uma ferramenta de gestão da qualidade que busca a excelência na prestação do serviço, procurando minimizar os erros nas ações rotineiras. É uma ferramenta dinâmica, passível de evolução que busca profundas transformações culturais na instituição, nos aspectos técnico e político-institucionais.

Paim (2004) ressalta que é a sistematização de todos os Procedimentos Operacionais Padrão, (POPs) de uma organização. Esta coletânea de procedimentos é de responsabilidade da Direção da organização (ou profissionais designados) e deverá estar completa, atualizada e revisada por profissionais capacitados. As organizações, numa visão mais ampla da atividade, tornaram a padronização de seus serviços e produtos como ponto primordial para conquista de novos clientes e sua perpetuação no mercado. O Procedimento Operacional Padrão,

seja técnico ou gerencial, é a base para garantia da padronização de suas tarefas e assim disponibilizarem aos seus usuários um serviço ou produto livre de variações indesejáveis na sua qualidade final.

De acordo com Vidal (2011) os princípios a serem observados na elaboração do pop: Segurança= física e jurídica; "Física = manter-se vivo, são e salvo; "Jurídica= legalidade. E os níveis de qualificação do pop: a) Nível 1 - Técnico do POP: É a pessoa diretamente envolvida na implantação do POP; b) Nível 2 - Multiplicador do POP: É a pessoa formada pelos técnicos/instrutores para difundirem o POP em suas Unidades; c) Nível 3 - Executor do POP: Pessoas formadas pelos multiplicadores em suas Unidades e que exercem a atividade fim diuturnamente.

Gama (2011) destaca que a busca em orientar sua prática, fundamentando-se em bases teóricas, fez com que a Enfermagem necessitasse de um método sistematizado, capaz de solucionar ou amenizar os problemas dos usuários. Embasando-se no método científico, foi desenvolvida, então, uma forma de organizar o trabalho através da distribuição dos cuidados em etapas inter-relacionadas, o Processo de Enfermagem, denominado posteriormente de Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).

A SAE é, conforme aponta Vidal (2011), a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando o cuidado ao ser humano e caracterizando-se por etapas dinâmicas que se complementam. Colombrini (2011) acrescenta que o método permite aplicar os conhecimentos teóricos de enfermagem na prática cotidiana do cuidado, contribuindo para o fortalecimento da Enfermagem enquanto ciência e atendendo com mais precisão e eficiência as necessidades humanas básicas do cliente/paciente.

Trevizan (2002) ressalta que foi utilizada inicialmente como instrumento de ensino, a SAE foi primeiramente enunciada na literatura americana por Linda Hall em 1955, que observou ser a prática de enfermagem baseada na observação e avaliação sucessiva das intervenções realizadas. No Brasil, foi introduzida por Wanda de Aguiar Horta, que publicou o livro O Processo de Enfermagem em 1979, um marco na produção acadêmica brasileira. A partir daí, foi implantada em alguns serviços brasileiros, obtendo resultados variados.

Warner (1980) argumenta que embora implantada no Brasil desde a década de 70, a SAE só recebeu apoio legal do Conselho Federal de Enfermagem em 2002, por meio da Resolução nº 272 (COFEN, 2002). Entretanto, de acordo com Gama

(2011), essa Resolução não foi suficiente para a implantação da SAE, já que muitas dificuldades ainda são encontradas para a implantação e implementação desta metodologia assistencial.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) segundo Vidal (2011) é um método científico de trabalho que proporciona melhoria significativa da qualidade da Assistência prestada ao cliente através do planejamento individualizado das ações de Enfermagem elaboradas pelo profissional enfermeiro. O primeiro passo para a implementação da SAE é a escolha de uma teoria de enfermagem, que é usada para direcionar as demais etapas da sistematização da assistência. Após isto, é implementado o processo de enfermagem que é constituído por 5 etapas:

1. Investigação
2. Diagnósticos de enfermagem
3. Planejamento dos resultados esperados
4. Implementação da assistência de enfermagem
5. Avaliação da assistência de enfermagem

Gama (2011) acrescenta que este processo fornece estrutura para a tomada de decisão durante a assistência de enfermagem, tornando-a mais científica e menos intuitiva. Ou seja, isto nos mostra mais do que nunca que a enfermagem é uma ciência muito além de apenas cuidar do paciente.

CONCLUSÃO

Para que o gerenciamento da enfermagem seja implementado nos serviços de emergência, fazem-se necessárias mudanças na prática e nos paradigmas da enfermagem, principalmente na busca de conhecimento específico. Uma unidade de emergência que possua um setor de gerenciamento qualificado permite e estimula a busca constante de uma enfermagem melhor e esta deve ser adequada a sua realidade.

Vale ressaltar que o gerenciamento da enfermagem é considerado um instrumento valioso para o enfermeiro, principalmente da emergência, uma vez que este contribui, de forma direta, na melhora da assistência e resolutividade, possibilitando a avaliação e documentação do atendimento prestado.

Os enfermeiros da emergência, portanto, precisam aperfeiçoar sua atuação, repensando sua prática, enquanto instrumento responsável pelos cuidados imediatos nos atendimentos de emergência, visto a importância da implementação da SAE nos serviços de emergência. Esperamos que a divulgação de nossa pesquisa contribua efetivamente para as discussões sobre o gerenciamento humanizado nas unidades de emergência.

REFERÊNCIAS

ALPERSTEDT, C. **A questão das competências na área da Saúde: um convite à reflexão**. Mundo da Saúde. 1999 Maio-Jun; 23 (3): 185-6.

ALVES, M.; PENNA, C. M. M.; BRITO, M. J. M. **Perfil dos Gerentes de Unidades Básicas de Saúde**. Brasília (DF). *Revista Brasileira de Enfermagem*. V.57, n. 4, p. 441-446, 2004.

ANTUNES, Arthur Velloso; TREVIZAN, Maria Auxiliadora. Gerenciamento da qualidade: utilização no serviço de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 1, jan. pid 2000. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&=S0104-11&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 08 out. 2011.

BITENCOURT, C. C. **A gestão de competências gerenciais e a contribuição da aprendizagem organizacional**. RAE. 2004 Jan-Mar; 44 (1): 58-69.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Normas para projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde**. Brasília: Saúde & Tecnologia; 1995.

BRASIL. São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. Grupo de atenção às urgências. Centro de Referência e Tratamento SAMU – SP. **Manual do Curso de Atendimento Avançado em Emergência para Enfermeiro**. São Paulo, 2010 (apostila).

CIAMPONE, M. H. T.; KURCGANT, P. **O Ensino de Administração em Enfermagem no Brasil: o processo de construção de competências gerenciais**. Brasília (DF). *Revista Brasileira de Enfermagem*.V. 57, n.4, p.401-407, 2004.

COLOMBRINI, Maria Rosa Ceccato.; Humanização da assistência a enfermagem. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revist/revista6/313.revisao3.htm>>. Acesso em : 10 outubro. 2011.

CUNHA, K. C, organizador. **Gerenciamento na Enfermagem: novas práticas e competências**. São Paulo (SP): Martinari; 2005.

DANIEL, L. F. **Enfermagem: modelos e processos de trabalho**. São Paulo: EPU, 1987.

DOMENICO, E. D. L, I de C. A. C. **Referências para o ensino das competências na enfermagem.** Rev. Bras. Enferm. 2005 Jul-Ago; 58 (4): 453-7.

DUTRA, J. S. **Gestão por competências: um modelo avançado para o gerenciamento de pessoas.** São Paulo: Editora Gente; 2001. Editora Universitária/UFPB, 1979a. PAIM, L. Questões e mitos acerca de modelos de assistência de enfermagem. In: Congresso Brasileiro de Enfermagem, 31, Fortaleza, 1979. **Anais.** Brasília: ABEn, 1979b. p.62-69 **enfermagem.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

FINCKE, M. K. **Enfermagem de emergência:** a viga mestre do departamento de emergência. In: Warner CG. Enfermagem em emergência. 2ª ed. São Paulo: Interamericana; 1980. P. 32-7.

FORTES, J. I. **Enfermagem em emergências.** São Paulo: EPU, 2009, p. 55 – 193.

FRISOL, J. A. et al. **Emergências:** manual de diagnóstico e tratamento. 2 ed. São Paulo: Savier, 2010.

GALO, B. M; HUDAK, C. M. **Cuidados intensivos de enfermagem:** Uma abordagem holística. 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

GAMA, D. D. S. et al. **Moderna assistência de enfermagem.** 2 ed. São Paulo, 2011.

GOMES, A. L. **Emergência: planejamento e organização da unidade.** Assistência de enfermagem. São Paulo: Pedagógica e Universitária; 2007.

GRECO, R. M. **Ensinando a Administração em Enfermagem através da Educação em Saúde.** Brasília (DF). *Revista Brasileira de Enfermagem.*V. 57, n.4, p.504-507, 2004.

IYER, P. W.; TAPTICH, B. J.; BERNOCCHI-LOSEY, D. **Processo e diagnóstico em enfermagem.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

KRON, T.; GRAY, A. **Administração dos cuidados de enfermagem ao paciente:** colocando em ação as habilidades de liderança. 6ed. Rio de Janeiro: Interlivros, 1994.

KURCGANT, P, Ciampone M. H. T. **A pesquisa na área de gerenciamento em enfermagem no Brasil**. Rev. Bras. Enferm. 2005 Mar/Abr; 58 (2): 161-4.

MARQUIS, B. L, Huston C. J. **Administração e liderança em enfermagem: teoria e aplicação**. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1999.

MUNARI, D. B.; BEZERRA, A. L. Q. **Inclusão da Competência Interpessoal na Formação do Enfermeiro como Gestor**. Brasília (DF). *Revista Brasileira de Enfermagem*.V. 57, n.4, p.484-486, 2004.

NASCIMENTO, E. S, Santos G. F, Caldeira V. P, Teixeira V. M. N. **Formação por competência do enfermeiro: alternância teoria-prática, profissionalização e pensamento complexo**. Rev. Bras Enferm. 2003 Jul-Ago; 56 (4): 447-52.

PAIM, L. **Quantitativos e qualitativos do cuidado de enfermagem**. João Pessoa, 2004.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem: conceitos, processo e prática**. 4ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.

TERZI, A. et al. **Técnicas básicas em emergência**. 2 ed. São Paulo: Manole, 2011.

TREVIZAN, Maria Auxiliadora et al . Aspectos éticos na ação gerencial do enfermeiro.**Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 1, jan. 2002 . Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php?>>. acessos em 08 out. 2011.

URBANETTO, J. S.; CAPELLA, B.B. **Processo de Trabalho em Enfermagem: Gerenciamento das relações interpessoais**. Brasília (DF). *Revista Brasileira de Enfermagem*.V. 57, n.4, p.447-452, 2004.

VALE, E. G.; GUEDES, M. V. C. **Competências e habilidades no ensino de administração em enfermagem à luz das diretrizes curriculares nacionais**. Brasília (DF). *Revista Brasileira de Enfermagem*.V. 57, n.4, p.475-478, 2004.

VIDAL, Z. C. O caso de estudo. **Anais de Enfermagem**, Rio de Janeiro, ano 2, n.5, p.28-30, out. 2011.

WARNER, C. G. **Enfermagem em emergência**. 2ª ed. São Paulo: Interamericana; 1980.