

1.INTRODUÇÃO

1.1. Apresentação do Tema

A enfermagem é uma profissão que abarca basicamente duas categorias: a dos enfermeiros e a dos técnicos de enfermagem. Existem ainda alguns auxiliares de enfermagem que não se capacitaram como técnicos, permanecendo nessa categoria, para a qual não há curso de formação profissional na atualidade. O enfermeiro é o profissional formado nos bancos universitários que lidera a equipe composta de outros enfermeiros e de técnicos de enfermagem.

A formação profissional de enfermeiro envolve modos de cuidar no sentido de promover a saúde e prevenir seus diversos agravos, através da assistência direta e da educação voltada para indivíduos, famílias e comunidades, produzindo cuidados preferencialmente em parceria com eles, de modo a contemplar as diversas dimensões do humano, primando pela qualidade de vida. Em suma, o cuidado é um conjunto de procedimentos que caracterizam o modo de fazer e de se relacionar dos enfermeiros com os usuários do sistema de saúde.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é um recurso que foi concebido com a finalidade de ordenar e qualificar o cuidado de enfermagem em distintos cenários do atendimento à saúde, incluídas as urgências nas salas de observação das unidades de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS). Em 2009, o Conselho Federal de Enfermagem aprovou a Resolução 358, que “*Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem...*” (COFEN, Resolução 358/09). Conseqüentemente, a SAE orienta e instrumentaliza o enfermeiro e sua equipe no sentido da produção de um cuidado que contemple as diversas dimensões do humano, primando desse modo pela qualidade.

Para tanto, a SAE articula os seguintes aspectos: método científico, representado por uma teoria de enfermagem onde se fundamenta o processo de enfermagem, o qual envolve as etapas de histórico (anamnese e exame físico), diagnóstico de enfermagem planejamento (elaboração de um plano com objetivos e resultados esperados), implementação (a realização do cuidado) e avaliação (dimensionamento dos

resultados obtidos), utilizando uma taxonomia que padroniza a linguagem nos registros desse processo; dimensionamento de pessoal, que leva em conta a vulnerabilidade da população a ser cuidada, a complexidade dos cuidados a serem implementados, e o tempo necessário para tal, utilizando-se de fórmulas matemáticas para o cálculo do quantitativo de pessoal nas categorias profissionais consideradas e de instrumentos tais como protocolos, manuais, impressos diversos.

Em decorrência, se considera que a SAE pode viabilizar a realização do cuidado diferenciado ao considerar a influência dos aspectos subjetivos na concepção desse cuidado promovendo conseqüentemente a humanização. Os fundamentos teórico-filosóficos a partir dos quais se desenvolveu o presente estudo são o cuidado humanista-existencialista proposto por Paterson e Zderad e o humanismo a partir de Jean-Paul Sartre.

A atenção básica consiste na implementação de ações para “a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde...” (Política Nacional de Atenção Básica - PNAB. Brasil, 2012 p. 19; Portaria MS Nº 2.436/2017), considerando a integralidade e preservando a “autonomia das pessoas” (Política Nacional de Atenção Básica -PNAB. Brasil, 2012 p. 19; Portaria MS Nº 2.436/2017).

De acordo com o disposto na Portaria do Ministro da Saúde Nº 2048/2002, que integra a Política Nacional de Atenção às Urgências (Brasil, 2003), as unidades de atenção básica ou unidades básicas de saúde (UBS) qualificadas “para a atenção básica (PAB) ou básica ampliada (PABA) (Política Nacional de Atenção às Urgências- Brasil, 2003 p.54), devem prestar atendimento pré-hospitalar às urgências e emergências, dispondo de sala de observação onde os usuários possam permanecer por até 8 (oito) horas, até que sejam regulados para uma unidade hospitalar de alta complexidade.

Consta do Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, Ministério da Saúde, 2013) que os profissionais de saúde devem acolher no espaço da sala de observação a demanda espontânea dos usuários nas suas necessidades por cuidados de urgência e emergência.

Nessas condições, diversas são as necessidades dos usuários por cuidados; elas emergem num turbilhão de demandas por respostas imediatas e perpassam a

dinâmica de processo de trabalho dos profissionais, os quais buscam atendê-las por meio não somente do cumprimento de protocolos específicos, do emprego de técnicas de abordagem e da experiência e habilidade no uso de equipamentos, os quais, articulados, podem levar ao bom êxito no atendimento às urgências e emergências, mas sobretudo pelo estabelecimento de relações interpessoais humanizadas.

Segundo a Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS), humanizar envolve articular o acolhimento às tecnologias avançadas para melhorar o cuidado e as “condições de trabalho dos profissionais” (Brasil, 2004 p. 6). Consiste em atitudes ético-estético-político, na medida em que, respectivamente, valoriza a vida, utiliza-se da criatividade para criar e fomentar benefícios e se dá no âmbito das relações sociais entre os homens. (IBDEM, pg. 8)

Jean-Paul Sartre, filósofo francês contemporâneo, concebe o humanismo como uma superação, na medida em que o homem transcende para se apropriar de objetos e coisas. Para Sartre, o homem “...está no coração, no centro dessa superação...” (SARTRE, 2014 p.60), pois “...Não há outro universo senão um universo humano, um universo da subjetividade humana...” (IBDEM). Na concepção sartreana, transcendência é superação e a subjetividade remete ao sentido de o homem não estar encerrado nele mesmo, mas de integrar um universo humano.

Desse modo, espera-se que o cuidado de enfermagem individual e coletivo deva ser produzido a partir de uma atitude profissional fundamentada em ações e comportamentos éticos, estéticos e políticos de valorização da condição humana, na medida em que o homem é a referência para o cuidado. A reflexão crítica sobre tal condição fornece os elementos fundamentais àquele que concebe e ou realiza o cuidado como um benefício a ser produzido, possibilitando ao mesmo tempo imprimir qualidade ao mesmo.

Neste estudo, o termo humanizar refere-se ao que imprime um caráter humano às ações e comportamentos do próprio homem, enquanto que o termo humanismo remete à condição humana, a qual demanda o ato de humanizar, na medida em que nesta condição o homem é tomado como referência, a partir da qual a vida e tudo no mundo ganham sentido.

1.2. Envolvimento com o Tema e Motivação

O interesse pelo tema da humanização origina-se da atividade assistencial do pesquisador nas unidades de emergência e nas de cuidados intensivos dos grandes hospitais públicos, cenários onde a abordagem aos casos são muito mais guiadas por procedimentos normatizados que utilizam equipamentos e máquinas, o que Merhy denominou de tecnologia dura (MERHY, 2004 p.132-33). Nesses cenários, é compreensível que a objetividade do atendimento se justifique pela demanda aumentada, bem como as intervenções pelo advento da urgência ou emergência dos casos que acometem a dimensão física do humano. O reflexo desses agravos sobre suas demais dimensões - sociais, psíquicas e espirituais- se expressam por medo, choro e angústia, os quais pontuam as fragilidades e vulnerabilidades humanas. Estes aspectos que caracterizam o subjetivo são subestimados ou ignorados no conjunto do atendimento às situações de urgência ou de emergência.

A demanda aumentada por atendimento nos hospitais públicos abrange os casos de urgências que deveriam ser tratados nas unidades básicas de saúde. Os fatores motivadores dessa demanda nos hospitais não podem ser dimensionados no momento do atendimento, porém resultam de desacertos e distorções multifatoriais na atenção básica, que provavelmente perpassam seus processos gerenciais e assistenciais e concorrem como entraves efetividade do sistema público de saúde. Entretanto o papel da atenção básica é de importância capital para a manutenção e constante aperfeiçoamento do nosso Sistema Único de Saúde (SUS).

O caráter capilar e territorial da atenção básica, bem como sua dinâmica de trabalho, suscita muito mais apoio e incentivos para a resolutividade que dela se espera, como principal porta de entrada e referência primeira da assistência no sistema público de saúde. Nessa condição e de acordo com os textos legais da saúde, o atendimento às urgências de baixa e média complexidade deveriam ter boa resolutividade nesses cenários, o que certamente desafogaria as filas por atendimento a esses casos nos hospitais públicos. Desse modo, é necessário que as unidades de atenção básica disponham dos recursos necessários para os atendimentos agendados e para os casos de demandas voluntárias, como as urgências de baixa e média complexidade. O acolhimento desses casos na atenção básica guarda estreita relação com a política de humanização.

O aprofundamento do pesquisador na temática da humanização se deu a partir do seu ingresso no Núcleo de Pesquisa Filosofia, Saúde e Educação Humanizada, liderado

pela Prof.^a Dra. Rose Mary Costa Rosa Andrade Silva, da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, da Universidade Federal Fluminense (UFF), no qual fez os primeiros estudos acerca da influência da fenomenologia de Edmund Husserl sobre o pensamento de filósofos contemporâneos, tal como Jean-Paul Sartre e seu conceito singular de humanismo na vertente Existencialista.

O conceito sartreano de humanismo e de sua conseqüente concepção de humanização, articulado à teoria humanista-existencialista do cuidado, de Paterson-Zderad, são os fundamentos teórico-filosóficos propostos para a pesquisa da SAE e suas ações de cuidado, face aos atendimentos de urgência na atenção básica.

Uma das características dos enfermeiros e das equipes de enfermagem como todo é a presença enquanto permanência contínua no ambiente do trabalho, fato este que os aproxima de usuários, demais profissionais de saúde, gestores e representantes da sociedade e os coloca como permanente interlocutores e articuladores das ações de saúde, projetando-os como agentes de destaque na interface do sistema de saúde com os grupos acima citados. Desse modo, pode-se dizer que a interpessoalidade é uma atitude que caracteriza o modo de ser do enfermeiro, na medida em que o leva a lidar com a condição humana, suas dimensões e suas necessidades, ao mesmo tempo que também determina seu comportamento e atuação no sentido de produzir cuidados que atendam às necessidade e dimensões humanas.

No que tange à interpessoalidade com os usuários em que buscam as unidades básicas da rede pública de saúde para o atendimento às urgências de baixa ou média complexidade e até mesmo para os casos de emergência, é desejável que os aspectos técnico e humano da formação profissional do enfermeiro andem lado-a-lado, imprimam a tônica de seu comportamento e que estejam presentes em todas as suas ações.

A capilaridade é uma característica do modelo de atenção básica do nosso sistema público de saúde, na medida em que suas unidades são as que estão mais próximas no território dos usuários, constituindo-se assim no mais simples e rápido acesso a esse sistema. O foco na resolutividade de suas ações amplia e valoriza a importância dos resultados obtidos, tanto na promoção da saúde e na prevenção de doenças quanto no atendimento às urgências ou mesmo às emergências que resultam de demanda espontânea.

Embora o atendimento às urgências e às eventuais emergências nas unidades básicas de saúde pareça dissonante do conjunto das ações de pequena e média complexidade, habitualmente empreendidas nesse nível de assistência à saúde, aqueles atendimentos guardam coerência não somente com o conceito de resolutividade previsto na PNAB (2012, 2017), mas com o princípio da integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS) e ainda com o disposto na Portaria MS 2048/02, a qual aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência.

Desse modo, ao mesmo tempo em que se ratifica o vínculo e a referência da unidade básica de saúde com a população a que atende num território delimitado, disponibilizando-se os recursos necessários para tal, obtém-se como resultado a redução da demanda de atendimentos de pequena e média complexidade em saúde no cenário dos hospitais de emergência. Não obstante a clareza e objetividade das intenções, ainda é fato incontestável o grande afluxo de casos de pequena e média complexidade que chegam aos hospitais de emergência por demanda espontânea, onde embora os usuários sejam atendidos em suas necessidades urgentes de saúde nem sempre têm resolvidas outras necessidades multidimensionais, pois são orientados a procurar a atenção básica.

As motivações para a pesquisa residem exatamente na importância do conjunto dos profissionais de saúde, em especial os enfermeiros e a equipe de enfermagem, nos diversos níveis de complexidade da rede de assistência, em reforçarem cada vez mais junto aos usuários o essencial papel ordenador e articulador da atenção básica previsto nas políticas de saúde, assim como a permanente reivindicação daqueles que atuam nesse nível de atenção quanto à dotação de materiais, equipamentos e principalmente, de recursos humanos para o trabalho nas unidades básicas de saúde, de forma a poderem gerenciar e manter os programas instituídos e os correspondentes cuidados, para os quais pressupõe-se que a SAE, ordenadora indissociável do trabalho do enfermeiro, se constitui como recurso de valor.

1.3. Da Sistematização da Assistência de Enfermagem

Consiste na organização e ordenamento das atividades realizadas pelo enfermeiro e demais profissionais da enfermagem, de modo a atender plenamente ao princípio constitucional brasileiro de saúde, no qual é direito de todo ser humano e dever

do Estado ter garantido o “acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1988) da saúde.

A Resolução do Conselho Federal de Enfermagem Nº 358/2009 “dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e a implementação do Processo de Enfermagem” (COFEN, 2009). O “planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação” da assistência de enfermagem é exercido privativamente pelo enfermeiro em todos os níveis de complexidade e instrumentalizado pelo Processo de Enfermagem, abrangendo o histórico, o diagnóstico de enfermagem, a prescrição do cuidado e a evolução (IBDEM)

Santos (2016) representa a SAE esquematicamente abaixo:



Figura 1: SAE, segundo Santos (2016)

Considerando-se que as relações interpessoais assumem um caráter de complexidade, na medida em que envolvem o encontro de todas as dimensões que condicionam o humano e configuram a subjetividade, há de considerar-se também que a SAE ordena a complexidade desses encontros, pois segundo Santos (2016), lida com o dimensionamento do pessoal por nível de assistência, estruturado em regimentos, normas rotinas e protocolos, onde o cuidado é concebido a partir de referenciais teórico-filosóficos e instrumentalizado no Processo de Enfermagem, que se utiliza de grupos ou

categorias de intervenções ou cuidados de enfermagem, que disciplinam ou regulam a conduta profissional.

1.4. Da Atenção Básica

Consiste no primeiro nível da organização de um sistema de atendimento à saúde, reunindo ações individuais e coletivas de promoção e proteção da mesma e de prevenção de agravos (PNAB, 2012; Portaria MS Nº 2.436/2017). Em linhas gerais, utiliza a Estratégia de Saúde da Família (ESF), onde equipes de trabalho compostas por médicos enfermeiros, técnicos de enfermagem, dentistas e agentes comunitários de saúde assumem a responsabilidade sanitária por uma população adstrita num território definido, com os objetivos de melhorar as condições de vida e saúde das pessoas e de promover a autonomia das mesmas.

No município do Rio de Janeiro, unidade federada à qual se refere o presente projeto de pesquisa, as unidades de atenção básica são de três tipos: unidades do tipo A ou Clínicas da Família, que trabalham com equipes da ESF; unidades do tipo B, compostas por Centros Municipais de Saúde, que incorporam uma ou mais equipes de ESF e unidades do tipo C, os Centros Municipais de Saúde sem equipes de ESF (SMSDC-RJ, 2013).

Constitui-se no principal acesso à Rede Pública de Saúde, articulando-se às demais unidades de níveis de complexidades distintos para referenciar as pessoas de acordo com o grau de suas necessidades, se responsabilizando pelo itinerário terapêutico das mesmas e construindo, desse modo, a integralidade da assistência. Segundo a PNAB (2012, 2017), trabalha com o princípio da Humanização e considera a subjetividade, pois cada pessoa é singular.

1.5. Das Redes de Urgência e Emergência no Rio de Janeiro

A Portaria Nº 2.48/GM de 5 de novembro de 2002, do Ministro da Saúde, cria o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais e Urgência e Emergência, apresenta seus princípios e diretrizes relativos a essas modalidades de atendimentos, além de estabelecer Núcleos de Educação em Urgências para capacitação de recursos humanos. Devem ser

implantados pelas Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde.

O Município do Rio de Janeiro, através do sítio de sua Secretaria de Saúde na rede mundial de computadores, disponível em www.rio.rj.gov.br/web/sms#, possui ampla rede que realiza atendimentos nos diversos níveis de complexidade: Unidades de Atenção Básica (Clínicas da Família, Centros Municipais de Saúde e Centros de Atenção Psicossocial-CAPS); Policlínicas; Hospitais Especializados, Maternidades; Unidades de Pronto Atendimento (UPA's); Coordenações de Emergências Regionais (CER's) voltadas para as urgências e emergências clínicas e Hospitais de Emergências que atendem aos agravos de saúde de alta complexidade. No que tange ao atendimento às urgências e emergências, a rede municipal conta com 14 (catorze) UPA's, 7 (sete) CER's, 2 (dois) Hospitais de Pronto Atendimento e 8 (oito) Hospitais de Emergência. (IBDEM)

1.6. Das Urgências e Emergências em Atenção Básica

No que se refere aos atendimentos de urgência ou mesmo de emergência por demanda espontânea e de acordo com a Política Nacional de Atenção às Urgências (2003), as unidades de atenção básica compõem o atendimento pré-hospitalar fixo. Levando-se em conta os princípios da responsabilização e do vínculo com a população adstrita ao seu território de atuação, estabelecidos na PNAB 2012 e reiterados na Portaria MS Nº 2.436/2017, os profissionais de saúde na atenção básica devem realizar o acolhimento com escuta qualificada, proceder à estratificação de risco, implementar as intervenções necessárias no âmbito de suas competências e as articulações com os demais níveis de assistência, de acordo com o grau de complexidade que o atendimento exigir.

A política Nacional de Atenção às Urgências e Emergências ainda prevê a existência nas unidades básicas de saúde de salas de observação, onde são realizadas as intervenções terapêuticas de urgência ou mesmo de emergência nos agravos de saúde, tais como trabalho de parto, dispneia, dor torácica, crise convulsiva de grande mal ou mesmo parada cardiorrespiratória.

1.7. Delimitação do Problema da Pesquisa

Do atendimento de urgência ou de emergência nos distintos cenários das unidades de saúde em geral, emergem respostas imediatas para as súbitas demandas dos usuários: o alívio da dor ou do mal-estar, a preocupação em função do adiamento ou perda de um compromisso, a expectativa quanto à duração e modo do tratamento e o prazo de convalescência. Na perspectiva do usuário, todas são prioritárias e requerem dos profissionais de saúde, particularmente do enfermeiro e de sua equipe, por representarem a interface do sistema de saúde naqueles momentos, muito mais do que a destreza e o domínio de tecnologias; requerem habilidades nas relações interpessoais.

A dinâmica nas intervenções terapêuticas em urgências ou emergências traz um desafio aos profissionais: articular os processos da assistência com a humanização no atendimento. Ainda que a Política Nacional de Atenção às Urgências e da Política Nacional de Humanização ofereçam diretrizes e recomendações que normatizam e padronizam o fazer profissional no âmbito do SUS, a implementação da assistência integral requer a superação das dificuldades individuais e coletivas dos profissionais de saúde para articular processos de assistência e humanização.

Apesar daquelas circunstâncias adversas em que ocorre o encontro e a relação interpessoal profissional-usuário, o cuidado produzido pela enfermagem deve refletir o grau de consideração dos aspectos biopsicossocial e espiritual do usuário no planejamento e implementação das intervenções objetivas e imediatas.

Nesse sentido, se a SAE, ordenadora do cuidado e da assistência humanizada do enfermeiro e de sua equipe, qualifica o cuidado na medida em que busca preservar seu aspecto humano, então é preciso identificar preliminarmente as possibilidades e limitações para aplicá-lo no contexto do atendimento às urgências na atenção básica.

1.8. Dos Colaboradores da Pesquisa

A presente pesquisa contou com a colaboração de 29 (vinte e nove) enfermeiros em três unidades básicas de saúde: 15 (quinze) em uma unidade Clínica da Família; 8

(oito) em outra unidade também Clínica da Família e 6 (seis) em uma unidade Centro Municipal de Saúde, com Estratégia de Saúde da Família.

1.9. Do Produto: Programa de Treinamento para implantação da SAE

Visando à aplicabilidade e à ampliação da utilização da SAE na atenção básica, em especial nos atendimentos às urgências, de maneira que os enfermeiros dela se apropriem ao implementarem e realizarem o cuidado e através dela se empoderem para a maior autonomia e reconhecimento profissional, necessário se faz propor o planejamento um Programa de Treinamento para a Sensibilização e Implantação da SAE. No entanto, é preciso identificar preliminarmente as possibilidades e limitações para adaptá-lo ao contexto do atendimento às urgências na atenção básica.

1.10. Objeto da Pesquisa

A dinâmica de atendimento às urgências em atenção básica e a aplicabilidade da SAE como ordenadora do cuidado e da humanização nessas situações, a partir da concepção de humanismo em Jean-Paul Sartre.

1.11. Questão Norteadora

Quais seriam as possibilidades e limitações para a aplicabilidade da SAE, face à dinâmica de atendimento às urgências em atenção básica?

1.12. Objetivos

Geral

- Compreender a dinâmica do atendimento às urgências na atenção básica e a aplicabilidade da SAE como ordenadora do cuidado e da humanização da assistência, a partir da concepção de humanismo em Jean-Paul Sartre e da Teoria Humanista-Existencialista de Paterson-Zderad.

Específico

- Descrever as possibilidades e limitações para a aplicabilidade da SAE, face à dinâmica de atendimento às urgências em atenção básica;

- Propor o planejamento de um Programa de Treinamento para a Sensibilização e Implantação da SAE, especialmente nos atendimentos às urgências em atenção básica, que contribua com a formação técnica e humanística dos enfermeiros.

1.13. Justificativa

O tema se justifica porque faz parte da Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde, encontrando amparo mais precisamente no item “3.3.13- Estudos sobre a ação profissional ética e os aspectos ético-legais, relacionada às situações de conflito ou dilemas em cenários de emergência, observando as questões de gênero, raça, idade e orientação religiosa do usuário” (Brasil, 2011 p. 14).

Na atenção básica, os princípios de territorialidade e vínculo com a população adstrita ajudam a conformar o modo de atuação dos profissionais de saúde, na medida em que levam em conta o conhecimento de aspectos epidemiológicos, sociais e culturais da comunidade.

O acolhimento aos usuários e suas queixas nas situações de urgência na atenção básica, deve buscar atender às necessidades do ser humano em todas as suas dimensões, tomando por referência o conhecimento do grau de influência daqueles aspectos.

Não obstante, no cotidiano da assistência à saúde, verifica-se o predomínio da verticalização das relações interpessoais e a fragmentação dos processos de trabalho, resultado de um modelo hegemônico de assistência ainda centrado na dimensão biofísica, que não dá conta de atender integralmente às necessidades humanas afloradas de súbito nas urgências e que acaba por expor a fragilização do preparo dos profissionais de saúde para lidarem com as demais dimensões do ser humano.

Para implantar um modelo de assistência de enfermagem integral, inclusive nas situações de urgência na atenção básica, é necessário considerar o grau de influência dos aspectos epidemiológicos, sociais e culturais prevalentes na comunidade sobre as dimensões biofísica, psíquica, social e espiritual, que caracterizam a condição humana individual.

Portanto, a sistematização da assistência de enfermagem constitui-se importante porque, ao ordenar e qualificar a prática assistencial do enfermeiro e de sua

equipe, torna possível nas situações de urgência atendidas na atenção básica visualizar a influência dos aspectos epidemiológicos, sociais e culturais sobre as dimensões biofísica, psíquica, social e espiritual, promovendo a humanização através do histórico colhido, dos diagnósticos de enfermagem declarados e dos cuidados implementados, os quais fazem parte do processo de enfermagem.

1.14. Relevância

O presente estudo, ao descrever a aplicação da sistematização da assistência de enfermagem nas situações de urgência na atenção básica, possibilita verificar e avaliar os fatores facilitadores e dificultadores para sua implantação no cotidiano da prática dos enfermeiros e de suas equipes.

Ao ordenar e qualificar o trabalho dos enfermeiros e de suas equipes, possibilita implantar novos processos na assistência e reavaliar criticamente os já existentes na produção do cuidado, readequando o conjunto de intervenções a partir da previsão das demandas por atendimentos de urgência da população adstrita, indo ao encontro do que dispõe a PNAB acerca de vínculo e participação social (PNAB, 2012 p. 9-61; Portaria MS Nº 2.436/2017).

Em decorrência, ao possibilitar redefinir a operacionalidade das ações de saúde a partir de relações interpessoais que envolvem profissionais e usuários, considerando suas necessidades e especificidades, reafirma o vínculo, a afetividade e a participação social, ao mesmo tempo em que se articula à Política de Humanização, porque estimula a participação de todos os atores envolvidos na produção de saúde.

No que tange à pesquisa e à formação em saúde, os resultados da pesquisa poderão apontar lacunas a serem preenchidas no sentido de adequar a formação profissional acadêmica e de capacitar recursos humanos de nível superior e de nível médio para o trabalho em situações de urgências e até mesmo de emergências na atenção básica em saúde, contemplando o que recomenda a Política Nacional de Atenção às Urgências e a Política de Humanização, assim como contribuir com outras pesquisas que se proponham investigar aspectos ético-legais envolvidos nos atendimentos às emergências, temática constante da Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde.

Em decorrência, convida a adequar a formação em saúde e o cuidado no atendimento às situações de urgência em atenção básica, sem perder de vista as ações de

promoção e proteção da saúde individual e coletiva e a prevenção ou redução dos agravos de saúde, tendo em vista a preservação da autonomia das pessoas.

Desse modo, o presente estudo é relevante para o Mestrado Profissional de Ensino em Saúde, porque articula a sistematização da assistência de enfermagem enquanto ordenadora da prática profissional à formação pedagógica em saúde, possibilitando ao enfermeiro produzir, ensinar e aplicar conhecimentos a partir do desenvolvimento de um produto nesse sentido, que facilite e incremente a teoria à prática.

Configura-se relevante também para os enfermeiros gestores e executores da atenção básica, porque poderá produzir novos dados e informações acerca dos fatores facilitadores e dificultadores das práticas profissionais; poderá também ajudar a tornar mais compreensíveis e executáveis aqueles fatores que já são do conhecimento de todos, e ainda propor a readequação dos “*modi operandi*” de sua unidade, no que se refere à otimização das relações do enfermeiro e sua equipe com os usuários da UAB, implicando tanto em melhorias para a qualidade da assistência prestada quanto tornando exequível o disposto na Resolução COFEN 358/09, na PNAB 2012 e Portaria MS Nº 2.436/17 e no HumanizaSUS.

Por fim, para o Núcleo de Pesquisa Filosofia, Saúde e Educação Humanizada, ao qual o pesquisador está vinculado, a relevância deve-se ao fato de articular saúde e educação na prática a um referencial filosófico que dê suporte à humanização do cuidado, ajudando a promover a produção de outras pesquisas nessa perspectiva.

2. REVISÃO DE LITERATURA

A presente pesquisa realizou preliminarmente a busca e a revisão de artigos relacionados à temática, a fim de verificar as abordagens dos mesmos e de identificar as possíveis lacunas do conhecimento. Utilizou-se as bases de dados da Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e do Banco de Dados da Enfermagem (BDENF) no sítio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), através do operador Booleano “AND” conectado aos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) Atenção Primária em Saúde, Assistência Integral à Saúde, Humanização da Assistência, Cuidados de Enfermagem e Socorro de Urgência, nos meses de abril e maio de 2017. Os cinco descritores conectados por “AND” não produziram qualquer resultado, contudo os

mesmos descritores quando pareados pelo mesmo operador booleano apresentaram resultados.

Os critérios de inclusão aplicados na revisão da literatura foram os seguintes: artigos originais com textos completos em português, publicados entre 2011 e 2016 no Brasil, abordando assistência primária em saúde, assistência integral à saúde, políticas públicas de saúde, humanização da assistência e pessoal de saúde. Os critérios de exclusão abrangeram artigos em duplicidade, artigos de revisão, textos de editoriais, capítulos de livros, teses, dissertações e monografias.

Os artigos selecionados para o presente projeto de pesquisa seguiram o Fluxograma PRISMA

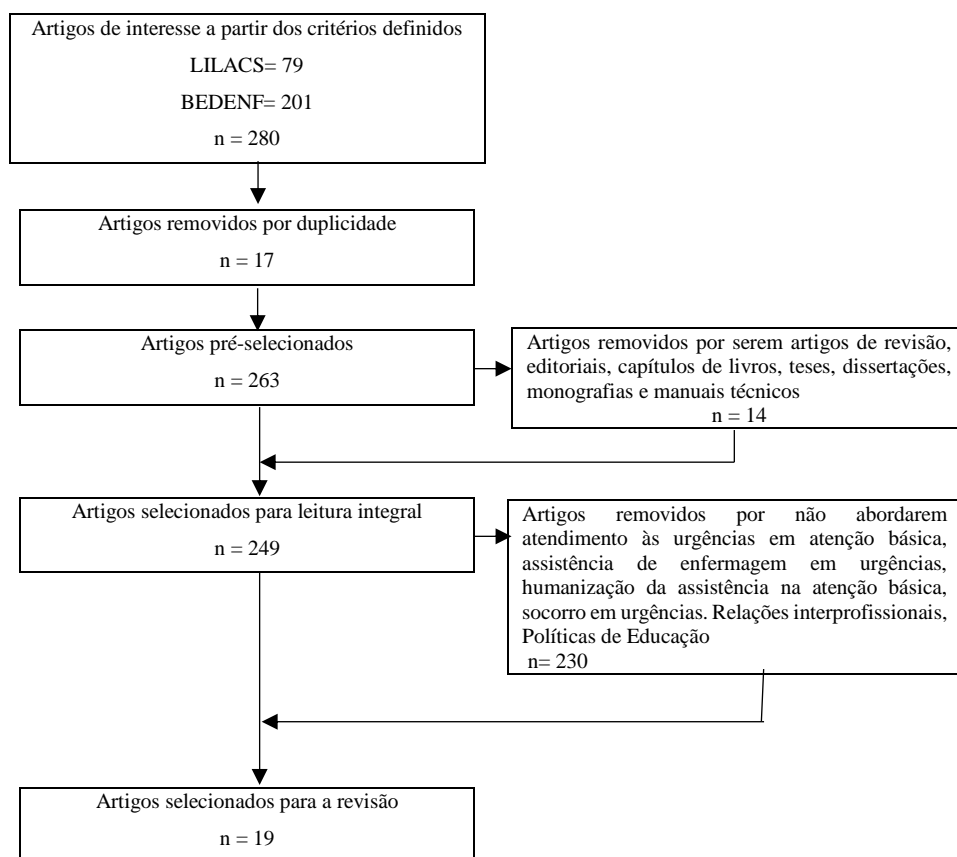


Figura 2: Fluxograma PRISMA de revisão de estudos
Fonte: PRISMA 2009 Flow Diagram

Seguem no quadro 1 a sinopse dos estudos selecionados para revisão.

Quadro 1: Sinopse 1 dos estudos Selecionados para Revisão

Autor, Ano, País, Base de Dados	Participantes	Objetivo (s)	Metodologia	Resultados
Nery, A. A.; Carvalho, C.G.R.; Santos, F.P.A.; Nascimento, M.S.; Rodrigues, V.P. 2011 Brasil Bdenf	Usuários da Estratégia de Saúde da Família (ESF)	Conhecer a visão dos usuários sobre a ESF; descrever suas expectativas sobre o cuidado produzido pelos profissionais da ESF.	Pesquisa de campo	Benefícios: acessibilidade geográfica, o cuidado produzido pela equipe, o vínculo, o acolhimento e a resolutividade. Como aspectos desfavoráveis foram evidenciados o caráter reducionista, centrado no médico, coexistência de várias portas de entrada, desconhecimento de alguns usuários sobre as atribuições dos profissionais da equipe, ênfase em ações curativas e falta de acolhimento e vínculo por parte de alguns profissionais.
Macedo, C.A.; Teixeira, E.R.; Daher, D.V. 2011 Brasil Bdenf	Usuários da Estratégia de Saúde da Família (ESF)	Identificar os saberes dos usuários sobre acolhimento e analisar suas possibilidades e limites.	Pesquisa de campo	O vínculo e as ações dos profissionais de saúde foram reconhecidos pelos entrevistados como possibilidades, mas o acesso ao atendimento e a forma de organização do serviço limitam o acolhimento.
Lumer, S.; Rodrigues, P.H.A. 2011 Brasil LILACS	Não houve	Analisar o papel do Programa Saúde da Família na atenção de urgência em relação aos demais níveis de complexidade que integram o Sistema Único de Saúde.	Pesquisa documental	O estudo evidenciou que, para uma efetiva oferta desse tipo de serviço, são necessárias condições próprias adequadas, tais como: hierarquização das ações e serviços, protocolos clínicos, recursos humanos, referência e contra referência, regulação do transporte e dos leitos de observação, sistemas de informação e comunicação, recursos tecnológicos, área física adequada
Roncato, P.A.Z.B., Roxo, C.O.; Benites, D.F. 2012 Brasil LILACS	Não houve	Avaliar os resultados de uma proposta de acolhimento adaptada para ESF e baseada no Protocolo de Manchester e no Acolhimento com Classificação de Risco em Assistência Médica Ambulatorial (AMA).	Pesquisa documental	Os atendimentos prestados com ACR foram de 0,15%, 0,90%, 34,8%, 48% e 15% para a classificação preta, vermelha, amarela, verde e azul, respectivamente. A maioria dos atendimentos se concentrou na classificação amarela e verde
Ferraz, F.; Vendruscolo, C.; Kleba, M.E.; Prado, M.L.; Reibnitz, K.S. 2012 Brasil Bdenf	Não houve	Refletir sobre a importância da inter-relação dos princípios teórico-metodológicos das Políticas de Educação Permanente em Saúde e de Humanização	Estudo Reflexivo	Os sujeitos envolvidos devem mobilizar mudanças no e para o processo de trabalho, as quais promovam a reestruturação curricular a fim de efetivar aproximações entre ensino e serviço
Costa, F.S. Silva, J.L.L.; Oca Y González, R.R.M.; Machado, E.A. 2012 Brasil Bdenf	Não houve	Descrever as ações efetuadas pelo enfermeiro durante a consulta de enfermagem e refletir sobre a sua importância para o contexto do Programa Saúde da Família (PSF).	Pesquisa descritiva	foram encontradas as categorias: “O contexto do indivíduo, da família e da comunidade atendidos no psf”; “O enfermeiro e a consulta de enfermagem”; “A importância da consulta de enfermagem”.
Silva, C.S.O.; Fonseca, A.D.G.; Souza, L.P.S.; Siqueira, L.G.; Belasco, A.G.S; Barbosa, D.A. 2012 Brasil Bdenf	Usuários da Estratégia de Saúde da Família (ESF)	avaliar o processo de integralidade da Atenção Primária à Saúde (APS), sob o ponto de vista dos usuários da Estratégia Saúde da Família (ESF)	Pesquisa de campo	Em relação à integralidade da APS, houve melhor avaliação pela população que utiliza a ESF, comparando com a de quem utiliza outros serviços. Os atributos primeiro contato, acessibilidade e longitudinalidade obtiveram escores mais elevados na modalidade de ESF em comparação com outros serviços..

Casarotto, M.; Schimith, M.D.; Budó, M.L.D.; Weiller, T.H.; Simon, B, S, 2012 Brasil Bdenf	Usuários do Sistema Único de Saúde (SUS)	Compreender os motivos e necessidades que estimulam a população a buscar assistência básica de saúde em um Pronto Socorro de um hospital universitário do interior do Rio Grande do Sul	Pesquisa de campo	A maioria dos entrevistados era mulheres e a faixa etária predominante entre 20 e 50 anos. Principais motivos foram: falta de resolutividade na atenção básica, seguido pela falta e demora no apoio diagnóstico; o horário de distribuição de senhas na atenção básica; demora da consulta em especialidades médicas e falta de médico na rede básica.
Junges, J.R.; Barbiani, R. 2012 Brasil Bdenf	Não houve	Discutir teoricamente sobre a política de humanização na saúde.	Discussão teórica	. O sistema não está preparado para acompanhar as pessoas em suas condições crônicas, porque está organizado para eventos agudos espontâneos ou para eventos frutos de situações de cronicidade. Por isso as respostas aos problemas em geral não são adequadas, colocando o sistema em crise por falta de resolutividade. Esse fato aponta para a necessidade de construir uma clínica que consiga dar conta de acompanhar as pessoas no cotidiano da sua condição crônica. Um dos dispositivos acionadores dessa clínica, conjugando diretrizes de autonomia e de corresponsabilização, é o projeto terapêutico formulado para cada usuário em sua situação peculiar de saúde. Esse projeto exige ser pensado como linha de cuidado que depende das interfaces com a rede de atenção.
Puccini, P.T.; Cornetta, V.K.; Tânia Zogbi Sahyom, T.Z.; Fuentes, I.C.P.; Botta, L.M.G.; Puccini, R.M. 2012 Bdenf	Profissionais de saúde dos Pronto Socorros, Ambulatórios e UBS	Analisar a concepção de profissionais de saúde quanto ao papel das unidades básicas de saúde (UBS) na assistência à demanda não agendada na atenção básica	Pesquisa de campo	insuficiência de recursos e dificuldades no processo de trabalho das UBS (50,8%) foi a explicação mais frequentemente apontada por médicos de PS/AMA para justificar procura inadequada. Apenas 33,3% dos profissionais das UBS opinaram que essas ocorrências deveriam ser atendidas na atenção básica.
Fracolli, L.A.; Castro, D.F.A. 2012 Brasil LILACS	Docentes e Alunos da Escola de Enfermagem da USP	Discutir as competências que vêm sendo ensinadas no curso de graduação em enfermagem, apontando aquelas que dão suporte às práticas de humanização em saúde.	Pesquisa de campo	Existe um consenso em relação ao fato de que as competências relativas à prestação de assistência com base na ética, no compromisso e na responsabilização para com a saúde dos cidadãos e com os serviços, bem como competências voltadas para a identificação de problemas e necessidades de saúde são as mais trabalhadas no ensino de graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.
Haddad, J.G.V.; Neves-Amado, J.; Machado, E.P. Zoboli, E.L.C.P. 2012 Brasil LILACS	Não houve	Apresentar os polos teóricos da construção de um instrumento para a observação dos elementos da comunicação na Atenção Básica.	Pesquisa aplicada	O instrumento foi elaborado para identificar a empatia, o respeito, a escuta receptiva e o acompanhamento do paciente em suas reflexões na dinâmica da comunicação estabelecida na interface da clínica enfermeiro-usuário.
Almeida, D.V.; Ribeiro Júnior, N 2012 Brasil LILACS	Não houve	Mostrar, a partir do pensamento levinasiano, que a sensibilidade do face a face inaugura uma maneira eminentemente ética de humanizar o pensar e o agir do profissional da saúde em função do cuidado do outro	Pesquisa teórica	A afecção do face a face origina a identidade do sujeito como realidade marcada pela temporalidade da carne como ato de encarnar-se segundo a interpelação do Rosto de outrem. Deste corpo tocado pelo outro e que não fica indiferente ao apelo do rosto / corpo de outrem emergem ações genuinamente humanas ao promoverem respostas que protegem, dignificam e respeitam a carne de um Rosto único e irredutível a um corpo material sem identidade-alteridade.

<p>Maria, M.A.; Quadros, F.A.A.; Grassi, M.F.O. 2012 Brasil LILACS</p>	<p>Enfermeiros</p>	<p>Analisar a viabilidade de implantação da SAE em um serviço de urgência e emergência hospitalar.</p>	<p>Pesquisa de campo</p>	<p>Foi realizado em um hospital especializado em atendimento de emergência. As dificuldades referidas para a implantação da SAE são: complexidade nas suas etapas; desinteresse da instituição; despreparo teórico da enfermagem; sua desvalorização por outros profissionais; dimensionamento inadequado de funcionários e desajuste da estrutura física.</p>
<p>Andrade, S, R, Boehs, A.E., Coelho, B.; Schmitt, I.M.; Carlos Gabriel Eggert Boehs, C.G.E. 2014 Brasil LILACS</p>	<p>Enfermeiros docentes e Enfermeiros assistenciais</p>	<p>Caracterizar as fases do relacionamento interorganizacional na integração ensino-serviço do exercício da Enfermagem, no âmbito operacional da atenção primária à saúde em um município catarinense.</p>	<p>Pesquisa de campo</p>	<p>Os resultados demonstraram uma série de elementos quanto às fases da interação (negociação, compromisso e execução de atividades), bem como à variabilidade de seu conteúdo ao longo do tempo.</p>
<p>Macedo, L.M.; Martin, S.T.F. 2014 Brasil LILACS</p>	<p>Trabalhadores da atenção primária</p>	<p>Investigar os significados de Integralidade apresentados por trabalhadores da Atenção Primária</p>	<p>Pesquisa de campo</p>	<p>A dimensão de Integralidade do Sistema apresentou-se com maior frequência, conforme análise a partir de grupos focais. Os trabalhadores apontaram dificuldades de integração e comunicação entre os níveis de atenção à saúde, determinadas por políticas sociais seletivas e serviços de média/alta tecnologia delegados ao mercado privado</p>
<p>Sonia Acioli, S.; Kebian, L.V.A.; Faria, M.G.A.; Ferraccioli, P.; Correa, V.A.S. 2014 Brasil LILACS</p>	<p>Enfermeiros dps CMS e das ESF</p>	<p>Conhecer as práticas de cuidado desenvolvidas por enfermeiros no âmbito da atenção básica, no município do Rio de Janeiro.</p>	<p>Pesquisa de Campo</p>	<p>O enfermeiro realiza diversas práticas de cuidado na atenção básica, na qual se destacaram: consulta de enfermagem, visita domiciliar e atividades educativas.</p>
<p>Freire, A.B.; Fernandes, D.L.; Moro, J.S.; Kneipp, M.M.; Cardoso, C.M.; Lima, S.B.S 2015 Brasil Bdenf</p>	<p>Usuários do serviço de Pronto Atendimento</p>	<p>Analisar os motivos da procura dos usuários pelos serviços de um Pronto-Atendimento no município de Santa Maria, RS.</p>	<p>Pesquisa de campo</p>	<p>A amostra constituiu-se de 180 pacientes (58 homens e 122 mulheres) na faixa etária de 17 a 60 anos. Sobre o motivo da consulta verificou-se a maior prevalência de febre. Referente à escolha do PA relataram-se situações de urgência e emergência e localização mais próxima da residência.</p>
<p>Krauzer, I.M.; Adamy, E.K.; Ascari, R, A.; Ferraz, M.; Trindade, L.L.; Neiss, M. 2015 Brasil LILACS</p>	<p>Enfermeiros das UBS de Santa Catarina</p>	<p>Identificar o conhecimento que os enfermeiros da Atenção Básica em Saúde, no Brasil, têm sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem.</p>	<p>Pesquisa de campo</p>	<p>A sistematização foi associada pelos sujeitos a uma sequência de passos padronizados que visam à gestão do cuidado; uma forma de organização do serviço e ao planejamento em saúde. Contudo, algo pouco presente na literatura, a sistematização, por vezes foi confundida como um novo modelo assistencial.</p>

Com o fito de atualizar a revisão da literatura, utilizou-se do mesmo procedimento metodológico para selecionar artigos relativos ao tema, publicados em periódicos nacionais entre 2016 e 2019, cujos resultados estão no quadro 2 abaixo.

Quadro 2: Sinopse 2 dos estudos Selecionados para Revisão

Autor, Ano, Publicação, País, Base de Dados	Participantes	Objetivo (s)	Metodologia	Resultados
<p>Vieira R.R., Robortella A.R., Souza A.B., Kerr G.S., Oliveira J.A.C. 2016 Rev Bras Med Fam Comunidade Brasil LILACS</p>	<p>Médicos e usuários do sistema de saúde</p>	<p>Relatar a experiência de médicos da APS com usuários em cuidados paliativos</p>	<p>Relato de experiência</p>	<p>Sob a perspectiva dos médicos assistentes, relatamos caso de paciente em cuidados paliativos acompanhado por uma equipe de estratégia saúde da família. Ao refletir sobre a dimensão pessoal e existencial dos profissionais, discutimos fatores que favorecem ou dificultam a assistência integral em cuidados paliativos na APS. Observamos que, apesar do desafio da assistência em termos de recursos e tempo, o diálogo na equipe e a abordagem biopsicossocial-espiritual permitiram a ressignificação do processo de cuidado, adocimento e morte.</p>

Baratto F., Ferreira C.L.L., Ilha S., Nunes S.S., Backes D.S., Pereira A.D 2016 Rev enferm UFPE Brasil LILACS	Profissionais da Enfermagem	Conhecer a percepção de profissionais de enfermagem atuantes na atenção básica acerca da humanização da assistência às pessoas com neoplasias.	Pesquisa descritivo-exploratória	Emergiram três categorias: Cuidado de enfermagem pontual e linear; Estratégias de cuidado humanizado utilizadas pela enfermagem na atenção básica; Desafios a serem superados para a humanização do cuidado na atenção básica. É preciso desenvolver a educação permanente nos serviços de saúde a fim de atualizar os profissionais para as novas lógicas de atenção.
Hermida P.M.V., Nascimento E.R.P., Belaver G.M., Danczuk R.F.T., Alves D.L.F., Jung W. 2016 Rev enferm UFPE Brasil LILACS	Profissionais de Centros de Saúde	Conhecer a percepção de equipes de Saúde da Família sobre a atenção básica na Rede de Urgência.	Pesquisa descritivo-exploratória	Ideias Centrais: a atenção básica como referência à urgência e emergência; fluxo do atendimento; potencialidades; e dificuldades do atendimento de urgência e emergência na atenção básica. Dentre as potencialidades, aponta-se a dedicação dos profissionais no acolhimento do usuário e a classificação para definição do atendimento; e como dificuldades, a falta de equipamentos, transporte, espaço físico e pouca capacitação das equipes.
Gandolfi M., Siega C.K., Rostirolla L.M., Kleba M.E., Colliselli L. 2016 Rev enferm UFPE Brasil LILACS	Usuários acamados	Relatar a assistência de enfermagem a acamados, moradores do território adscrito a um Centro de Saúde da Família, aplicando o processo de enfermagem de acordo com a Teoria do Cuidado Cultural.	Relato de experiência	Foram identificadas situações que requeriam manutenção, ajustamento ou repadronização de cuidados culturalmente definidos. O apoio da equipe foi fundamental na implementação da assistência domiciliar, que passou a ser registrada no prontuário eletrônico dos pacientes, favorecendo continuidade e integralidade do cuidado. A Sistematização da Assistência de Enfermagem apoiada na teoria do cuidado transcultural proporcionou melhorias à saúde do acamado e da sua família, motivando a adesão dos cuidadores ao plano de cuidados.
Colimoide F.P, Meira M.D.D., Abdala G.A., Oliveira S.L.S.S. 2017 Rev bioética (impressa) Brasil LILACS	Enfermeiros	Conhecer a percepção de enfermeiros sobre a integralidade do ser humano na prática do cuidado de enfermagem no contexto da Estratégia Saúde da Família	Pesquisa descritivo-exploratória	Os entrevistados demonstraram clara percepção da importância da integralidade para o cuidado de enfermagem, ou seja, atender e ver o indivíduo como um todo, contemplando suas particularidades. Para que a assistência integral seja realizada no plano terapêutico são necessárias condições externas, envolvendo a atuação sincrônica da equipe multiprofissional com a macroestrutura do sistema, que se traduz em Redes de Atenção à Saúde.
Lopes M.T.S.R.; Labegalini C.M.G.; Baldissera V.D.A. 2017 Rev enferm UERJ Brasil LILACS	Não houve	Elaborar os preceitos teóricos das práticas de Educação Permanente em Saúde para a implantação e utilização dos dispositivos da Política Nacional de Humanização na atenção básica	Revisão realista de literatura	Metodologias ativas de aprendizagem e grupalidade foram intervenções educativas relevantes para implantação e utilização dos dispositivos de humanização. A partir dessa evidência, foram identificadas duas teorias que explicitam os processos de educação permanente na atenção básica para a implantação e utilização destes dispositivos. As práticas de Educação Permanente são importantes para a implantação e organização dos referidos dispositivos na atenção básica.
Silva A.V.; Santos I; Kestenberg C.C.F., Caldas C.P., Berardinelli L.M.M.i; Silva L.P.S. 2018 Rev enferm UERJ Brasil Bdenf	Não houve	Refletir sobre a aplicabilidade do plantão de escuta fundamentado na Teoria Humanística no processo clínico de enfermagem.	Reflexão Teórica	Destacou-se a segunda fase do processo clínico - a enfermeira conhece intuitivamente o outro, considerada fase avaliativa e de intervenção, devido à relação dialógica e a compreensão empática presentes. A utilização da empatia, como veículo da compreensão e elaboração, ajuda o cliente atendido. Traz em si um potencial terapêutico proporcionando consolo, conforto, ampliação da compreensão de si, alivia a solidão, a ansiedade e eleva a autoestima. Sobretudo, ajuda a elaborar e encontrar um sentido na experiência vivida.

3. REFERENCIAL TEMÁTICO

Os atendimentos de urgência e de emergências nas unidades de saúde de maneira geral demandam abordagens distintas, requerendo dos profissionais de saúde experiência e habilidade, em um cenário onde estas competências podem fazer a diferença no êxito do atendimento. Nestas condições, os processos de trabalho são dinâmicos e

empregam equipamentos de tecnologias avançadas. Deslandes *apud* Boaretto (2005) observa que nessas circunstâncias predomina a formação biomédica nas intervenções, as quais influenciam e até mesmo determinam as relações de trabalho e o modo prestação da assistência.

Segundo a Política Nacional de Humanização (2004), nesse contexto de atuação profissional, as relações destes entre si e com os usuários caracteriza-se pela verticalização e fragmentação dos processos de trabalho, refletindo a fragilização do preparo dos profissionais de saúde para lidarem com as dimensões sociais e subjetivas.

No entanto, diversas demandas por cuidados em saúde emergem das necessidades dos usuários nesses cenários. Na perspectiva dele, todas elas são prioritárias exigindo dos profissionais de saúde, particularmente do enfermeiro e sua equipe, por representarem a interface do sistema de saúde mais próxima desse usuário, ações imediatas para saná-las, e que invariavelmente exigem habilidade, destreza e domínio de tecnologias. Sobretudo, requerem habilidades inter-relacionais.

De acordo com o que Nery et al (2011) observam acerca dos aspectos desfavoráveis declarados pelos usuários no atendimento na atenção básica-Estratégia de Saúde da Família, poder-se-ia destacar o reducionismo do atendimento centrado no médico, a ênfase em ações curativas e a falta de acolhimento e vínculo por parte de alguns profissionais.

Como contraponto, vale destacar que para Waldow e Borges (2011), o cuidado vai além, abrangendo não somente o caráter **existencial**, mas o caráter relacional, ou seja, “...o eu com o outro e para o outro” (WALDOW, BORGES, 2011 p 415).

Por conseguinte, embora o cuidado concebido em condições adversas requeira do enfermeiro e de sua equipe comportamentos pró ativos, devendo ser planejado e fundamentado nas prioridades de assistência em função das necessidades que emergem urgentemente, ao mesmo tempo não pode prescindir do atendimento às demais dimensões da condição humana: psíquica, social-cultural e espiritual.

Em 2009, o Conselho Federal de Enfermagem aprovou a Resolução 358, que “*Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do*

Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem...” (COFEN, Resolução 358/09). Em decorrência, o emprego do processo de enfermagem orienta e planifica o trabalho do enfermeiro e de sua equipe.

Krauzer et al (2015) buscaram em seus estudos identificar o conhecimento que os enfermeiros da Atenção Básica em Saúde têm sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e obtiveram como resultado que

“A sistematização foi associada pelos sujeitos a uma sequência de passos padronizados que visam à gestão do cuidado; uma forma de organização do serviço e ao planejamento em saúde. Contudo, algo pouco presente na literatura, a sistematização, por vezes foi confundida como um novo modelo assistencial” (KRAUZER et al, 2015, p.31).

Levando em conta esses aspectos até aqui referenciados, as ações técnico-científicas dos enfermeiros e de suas equipes deverão ser perpassadas considerando-se crenças, valores e compreensões de vida e modos de vivê-la, ou seja, como um usuário individualmente se constitui na vida. Tais considerações nas relações interpessoais enfermeiros-usuários são imprescindíveis à assistência e estão previstas na Política Nacional de Humanização.

O tema humanismo há muito vem sendo pensado por filósofos sob distintas concepções e discutido no meio acadêmico, não acadêmico e popular: é tema que envolve um caráter comum da existência humana e, portanto, interessa a todos.

Ayres (2004) observa que “...humanizar é abrir-se ao outro e acolher solidária e legitimamente a diversidade...” (AYRES et al, 2004 p. 17) enquanto que Almeida (2012), na mesma linha, destaca o caráter integral da humanização da assistência ao buscar “atender completamente as necessidades de um ser humano, o que pressupõe ser possível acessá-lo completamente” (ALMEIDA, 2012 p.404).

4. REFERENCIAL FILOSÓFICO

Edmund Husserl, filósofo alemão criador da corrente filosófica da fenomenologia e crítico das ciências europeias que levaram a um mundo fracionado e

egoísta, postula que é preciso que as ciências retornem “às próprias coisas”, tal como essas aparecem na consciência. Segundo Husserl, toda experiência que se dá em “Lebenswelt” (mundo-da-vida) é uma pré-ciência, um conjunto de ideias primordiais que vão levar ao conhecimento.

As ideias de Husserl inicialmente influenciaram o pensamento de Jean-Paul Sartre, filósofo francês contemporâneo e um dos criadores do Existencialismo, com conceitos de que consciência é intencionalidade, pois existe somente quando em contato com o mundo. Logo, se o real constitui a consciência, porque a mesma está em contato com os objetos e os Outros que estão no mundo, então o real se vincula à existência, na medida em que é somente a partir dele (real) que são emitidos sinais que confirmam essa existência.

Todavia, mais tarde Husserl admitiu existirem conteúdos da consciência independentes da relação Eu-Mundo: são os conteúdos transcendentais, os quais Sartre critica, porque não os concebe sem a correspondente experiência existencial. Para Sartre, a consciência se refaz continuamente a partir da existência, e para tanto pressupõe-se liberdade para se superar e se realizar de modo permanente. Daí o conceito sartreano de liberdade.

Na esteira deste conceito, o humanismo sartreano resulta de uma busca transcendental, através da qual se supera e se apropria de objetos e coisas. Para Sartre, o homem “...está no coração, no centro dessa superação...” (SARTRE, 2014 p.60), e acrescenta ainda que “...Não há outro universo senão um universo humano, um universo da subjetividade humana...” (IBDEM). A transcendência é compreendida como superação e a subjetividade é pensada no sentido de o homem não estar encerrado nele mesmo, como concebia Descartes, mas de integrar um universo humano. A esta concepção, Sartre a denominou Humanismo Existencialista.

O homem transcendendo e se superando, mantém-se num universo criado por ele mesmo, a partir da sua consciência com a realidade, com os objetos e com os Outros no mundo. É a partir da subjetividade que é criado o universo humano. Desse modo, a consciência, as ideias e o conhecimento humano, forjados no mundo-da-vida, influenciam sua capacidade de transcendência e de superação e marcam a sua subjetividade. É a partir

do homem que o sentido e o significado das coisas no mundo se constituem. Suas relações com a vida e com tudo mais no mundo influenciam sua saúde ou o advento das doenças. Nas situações de urgência ou emergência, as quais põem em risco a existência e a condição humanas pela possibilidade de finitude, o cuidado planejado e implementado não pode deixar de considerar as dimensões da condição humana.

5. MÉTODOS E TÉCNICAS

5.1. Tipo de Pesquisa

Trata-se de Pesquisa descritivo-exploratório, de abordagem qualitativa. Segundo Gil (2008), as pesquisas descritivas tornam evidentes as características de um fenômeno, bem como “... se propõem a estudar o nível de atendimento dos órgãos públicos de uma comunidade...” (GIL, 2008 p. 28), do mesmo modo que proporcionam a abordagem de um problema sob um novo prisma. Ainda segundo este autor, as pesquisas exploratórias buscam “...esclarecer e modificar conceitos e ideias...”, sobre as quais é difícil formular hipóteses precisas, acabando por resultar num enfoque abrangente dos mesmos.

5.2. Método da Pesquisa

Trata-se do método fenomenológico. Para Edmund Husserl (1859-1938), o fenômeno é algo que se manifesta a partir da relação de dependência de um objeto com a consciência humana. Husserl, propõe chegar-se à essência do fenômeno através da redução fenomenológica ou Epoché, um *retorno às coisas mesmas*, possibilitando à consciência humano construir o conhecimento. Desse modo buscou-se elaborar perguntas onde o colaborador pudesse avaliar a partir da própria experiência as possibilidades e limitações para a aplicação da SAE no atendimento às urgência em atenção básica, bem como se a dinâmica dessa modalidade de atendimento estaria clara o suficiente para que ele pudesse descrevê-la, tanto quanto seria possível descrever as modalidades de capacitação e treinamento de pessoal que no entendimento desse colaborador atenderia às expectativas dos enfermeiros com eficácia e por fim, quais os conteúdos temáticos que deveria ser programados para essas capacitações.

As entrevistas fenomenológicas com os colaboradores desse estudo foram realizadas nas dependências das UAB's das localidades elencadas no bairro de Jacarepaguá, na AP 4.0 do município do Rio de Janeiro, previamente autorizadas, durante a jornada de trabalho, diariamente ou em regime de plantão.

5.3. Campo de Pesquisa

Realizou-se pesquisa de campo em três Unidades de Atenção Básica (UAB) dos tipos Centro Municipal de Saúde (CMS) com equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e Clínicas da Família, que dispõem de salas para atendimento aos usuários em urgências de baixa e média complexidades, provocadas por condições de saúde agudas ou crônicas agudizadas, na Área Programática 4 (AP 4.0), mais especificamente no bairro de Jacarepaguá, abrangendo as localidades de Rio das Pedras (2 UBS) e da Cidade de Deus (1 UBS), no município do Rio de Janeiro. Tomando por referência o Plano Municipal de Saúde 2014-2017, disponível em www.rio.rj.gov.br/web/sms, o crescimento populacional no bairro nas duas últimas décadas foi influenciado pelo incremento na urbanização, que se por um lado favoreceu a migração da classe média e alta, por outro atraiu um contingente de pessoas com poucos recursos que se estabeleceram em comunidades pobres já existentes, aumentando a densidade populacional das mesmas. Pressupõe-se que a necessidade por serviços de saúde tenha aumentado tanto na cobertura pela atenção básica quanto nos atendimentos à demanda espontânea, nos casos das urgências de baixa e média complexidades.

5.4. Colaboradores da Pesquisa

Participaram 29 (vinte e nove) enfermeiros de ambos os sexos, lotados naqueles tipos de UAB, que assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).

Os critérios de inclusão abrangeram servidores públicos municipais e ou funcionários vinculados a uma Organização Social (OS) de direito privado sem fins lucrativos que gerencia a UAB, com no mínimo um ano de experiência na atividade-fim em atenção básica. Foram excluídos os enfermeiros integrantes da unidade de saúde que estavam de férias ou licenças do serviço durante o período da coleta de dados; aqueles que não trabalhavam na assistência ou na gerência de enfermagem na referida unidade e aqueles que não reuniam condições físicas e ou psíquicas no ato da entrevista.

5.5. Técnica de coleta de dados

Os dados foram coletados por meio de entrevista fenomenológica, gravada em mídia de áudio, utilizando-se de questionário semiestruturado, complementado com observações do pesquisador registradas num diário de campo, no período de junho a julho

de 2019. Cada entrevista durou em média 23 minutos, a maioria delas realizadas dentro de consultórios, porém algumas poucas ocorreram nos corredores ou nas salas de espera das unidades básicas de saúde que participaram da pesquisa. As entrevistas sofreram influência de vento, calor, ruídos e interrupções de pessoas.

A partir do Método Fenomenológico Filosófico (MFF) criado por Husserl, Amedeo Giorgi elaborou o Método Fenomenológico Empírico (MFE), elegível para pesquisas qualitativas com abordagem fenomenológica, o qual vem sendo utilizado nas pesquisas em enfermagem (BRANCO, 2014, p. 190), porque leva em conta a complexidade do ser humano, cujas dimensões de sua existência precisam ser consideradas na construção de um cuidado integral..

Aos colaboradores assegurou-se liberdade para que se expressassem verbalmente, bem como foram incentivados pelo pesquisador à descrição detalhada de suas experiências e impressões, para que emergissem aspectos subjetivos envolvidos nos discursos.

Segundo Ranieri e Barreira (2010), é essencial à capacidade de observação do pesquisador que se estabeleça desde logo uma empatia entre o mesmo e o participante da pesquisa, a fim de que os aspectos emotivos envolvidos nos dados que emergem das narrativas sejam mais facilmente captados.

Através dos discursos dos colaboradores acerca das suas experiências vividas, buscou-se através da entrevista fenomenológica desvelar as unidades de significados dos fenômenos emergidos, na medida em que o questionário relacionava as perguntas entre si e aos objetivos propostos pelo presente estudo.

Amatuzzi (2006) apud Ranieri e Barreira (2010, p 2) afirma que através de questionários e entrevistas o pesquisador estabelece uma relação dialógica e se aproxima da experiência vivida pelos sujeitos para refletir sobre ela.

5.6. Tratamento dos Dados

A análise e interpretação dos dados deu-se pelo método de Giorgi. Os dados obtidos das entrevistas foram tratados e analisados segundo a proposta metodológica de Amedeo Giorgi (2006), que se compõe de quatro passos principais.

O primeiro passo, compreendeu a leitura intensa das descrições expressadas pelos colaboradores da pesquisa, com o propósito de apreender o sentido de todo do

fenômeno, identificar as unidades de significado, e principalmente manter a linguagem de expressão do sujeito. O segundo passo consistiu na identificação das unidades de significado, enfocando as distinções percebidas espontaneamente em meio as descrições, de onde o fenômeno se apresenta. No terceiro passo, transformou-se a linguagem do participante em linguagem científica, contudo buscando preservar o fenômeno pesquisado para enfatizá-lo. Por fim, no quarto passo, as unidades de significado foram sintetizadas e integradas, cuidando-se para que o núcleo do fenômeno não se perdesse.

Todas essas etapas possibilitaram ao pesquisador categorizar os dados gerados das entrevistas, agrupando-os de acordo com a similaridade semântica, para que posteriormente fossem interpretados.

5.7. Aspectos Éticos e Legais

A pesquisa atendeu às Diretrizes e Normas Regulamentadoras da Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde tendo sido aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Antonio Pedro (HUAP) da Universidade Federal Fluminense (UFF) sob CAAE 08784218.0.0000.5243 e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro, instituição participante deste estudo, sob CAAE 08784218.0.3001.5279.

Por envolver seres humanos, os que concordaram em colaborar concedendo entrevistas e respondendo a um roteiro de perguntas semiestruturadas foram esclarecidos sobre “a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa lhes acarretar, na medida de sua compreensão e respeitados em suas singularidades” (BRASIL, 2012).

Foi apresentado a cada colaborador o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) em duas vias de igual teor o qual por cada um foi lido, tendo sido as dúvidas esclarecidas durante ou após a leitura. Uma vez que todas as dúvidas foram esclarecidas, as duas vias deste TCLE foram assinadas e rubricadas pelo pesquisador e assinadas e datadas pelo colaborador, cada um ficando com uma via deste documento.

Utilizou-se um código composto pela letra maiúscula E (entrevistado), seguida de uma numeração sequencial. (1,2,3...), de modo a impedir que cada

colaborador pudesse ser identificado quanto à personalidade e à unidade de trabalho à qual pertence.

Cumprir-se destacou que foi assegurado ao colaborador deste estudo o respeito à sua decisão de desistir de sua participação a qualquer momento, sem qualquer justificativa ou prévio aviso, bem como desautorizar qualquer divulgação de sua colaboração. Durante as entrevistas nenhum colaborador necessitou de atendimento de profissionais de saúde, porque nenhum deles passou mal física ou mentalmente, em razão das perguntas, ou das condições ambientais da entrevista ou de alguma alteração em sua aparente higidez física e mental.

5.8. Riscos e Benefícios envolvidos

Por tratar-se de pesquisa que envolveu a avaliação da aplicabilidade de uma sistematização da assistência profissional às urgências, no contexto de uma unidade de atenção básica em saúde, atribuiu-se risco potencial mínimo.

Não houve qualquer ocorrência de desconfortos físicos e ou emocionais, relacionados ou não às perguntas formuladas e ou ao ambiente da entrevista e ou às lembranças evocadas, que justificassem a interrupção das entrevistas.

Os benefícios esperados desta pesquisa para o usuário da UAB em situações de urgência residem na melhoria da qualidade do atendimento, porque incorpora às práticas dos cuidados o caráter humano, ao considerar suas distintas dimensões. Essa nova perspectiva vai ao encontro do que dispõe a PNAB.

5.9. Compromisso do Pesquisador

O pesquisador deu início ao seu estudo somente quando aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal Fluminense (CEP-UFF) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro - SMSDC/RJ.

6. RESULTADOS OBTIDOS.

Da coleta de dados realizada mais especificamente em duas Clínicas da Família e em um Centro Municipal de Saúde do tipo B, ou seja, com estratégia de saúde da família, emergiram os seguintes resultados:

6.1. Dos Registros em Diário de Campo.

Os locais, circunstâncias e eventos que diretamente envolveram a etapa de coleta de dados para a pesquisa foram refletidos consciente ou inconscientemente nos comportamentos e atitudes dos colaboradores nos momentos que antecederam ou durante às entrevistas, foram percebidos e registrados pelo pesquisador no diário de campo. Isso influenciou na emergência do fenômeno e deu significado aos discursos desses colaboradores. Tendo por finalidade descrever as categorias e significados, de modo a apresentá-los para facilitar a compreensão da conjuntura na qual ocorreu a coleta de dados nas unidades básicas de saúde em referência, buscou-se criar um quadro composto por categorias que agrupam unidades de significação dos discursos dos colaboradores e a frequência em que ocorreram, como se vê descrito no quadro 3 abaixo.

Antes, porém, convém registrar os comportamentos e atitudes do pesquisador para obter os dados por meio das entrevistas realizadas. A urgência na coleta em função do tempo disponível para tal e também em função do curto prazo para a redação final e apresentação da pesquisa resultou no pesquisador a necessidade de observar limites no que tange à sua atuação para obter os dados necessários através de entrevistas: havia de ser respeitada a dinâmica do trabalho na unidade de saúde, bem como o volume e modo de trabalho dos enfermeiros. Não poderia haver interferências do pesquisador de modo a atingir mais rapidamente seus objetivos, pois seu comportamento nesse sentido é perpassado por limites éticos. Nessas condições, era necessário trabalhar com objetividade de modo a angariar a colaboração dos enfermeiros.

Ainda em função do tempo, a longa espera para obter as entrevistas e o atraso na programação elaborada suscitou no pesquisador muitas incertezas quanto a lograr êxito na obtenção dessas entrevistas e no cumprimento do volume diário delas. Durante as entrevistas, fatores intervenientes que interromperam, dificultaram e atrasaram seu curso e conclusão, tais como ruídos, vento frio ou calor e afluxo de pessoas por demandas diversas exigiram que o pesquisador não somente relevasse esses intervenientes, mas que fosse paciente e cada vez mais objetivo.

O acesso do pesquisador aos enfermeiros colaboradores nas unidades de saúde participantes dessa pesquisa demandou procura aleatória pelos mesmos nas diversas salas dessas unidades, pois as informações acerca da presença dos enfermeiros eram controversas quanto ao horário de expediente, à atividade realizada e o local onde poderia ser encontrado. Por diversas vezes os enfermeiros colaboradores se dispuseram a conceder a entrevista em data, hora e local previamente acertado, no entanto isso nem

sempre era possível ocorrer em função dos compromissos dos enfermeiros, resultando em um novo agendamento e um novo retorno do pesquisador para tal finalidade.

Todas as circunstâncias que envolveram a fase de coleta de dados exigiram do pesquisador revisão e readequação de sua capacidade de determinação, iniciativa, pragmatismo e resiliência para completar o número de entrevistas inicialmente previstas para a presente pesquisa.

Quadro 3: Dimensão Conjuntura registrada no Diário de Campo.

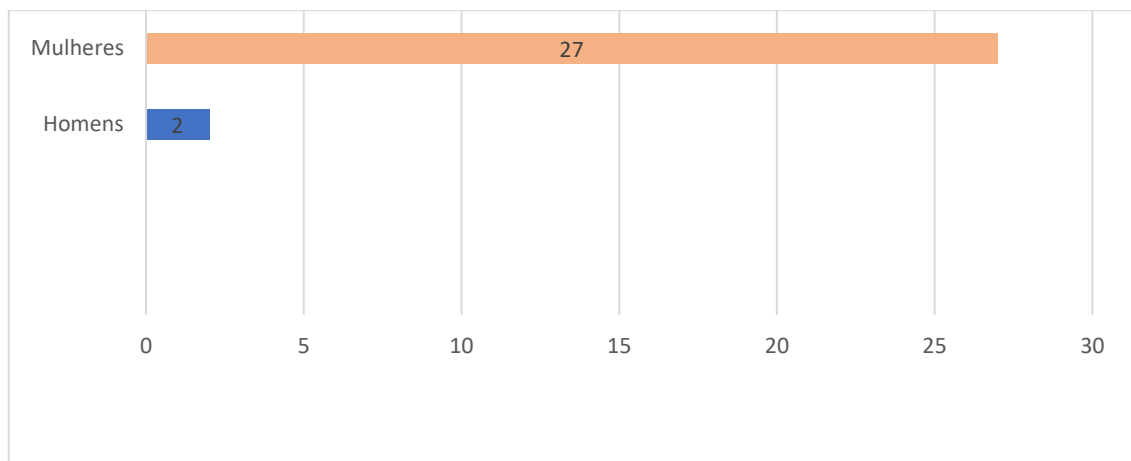
CATEGORIAS	UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO	REFERÊNCIA	FREQUÊNCIA REGISTRADA
Colaboração	Relutância	Colaborador	3
	Aquiescência e Disponibilidade		14
	Identificação		1
	Detalhamento		2
Recinto	Corredor		4
	Sala de espera		3
	Consultório		14
	Auditório		3
	Sala dos Residentes		1
	Sala de estar		3
	Sala da Administração		1
Atributos Pessoais	Conhecimento		3
	Experiência		4
	Pragmatismo		1
	Cooperação		1
	Segurança		2
	Credulidade	1	
	Confiança	1	
	Simpatia	6	
	Serenidade	2	
	Limitações	3	
Trabalho	Rescisão	2	

Fonte: Nunes, Diário de Campo, 2019

6.2. Do Perfil Sociodemográfico dos Colaboradores.

O gráfico 1 mostra que dos colaboradores, 93,1% é do sexo feminino, enquanto os 2 colaboradores masculinos correspondem a 6,9% dessa amostragem.

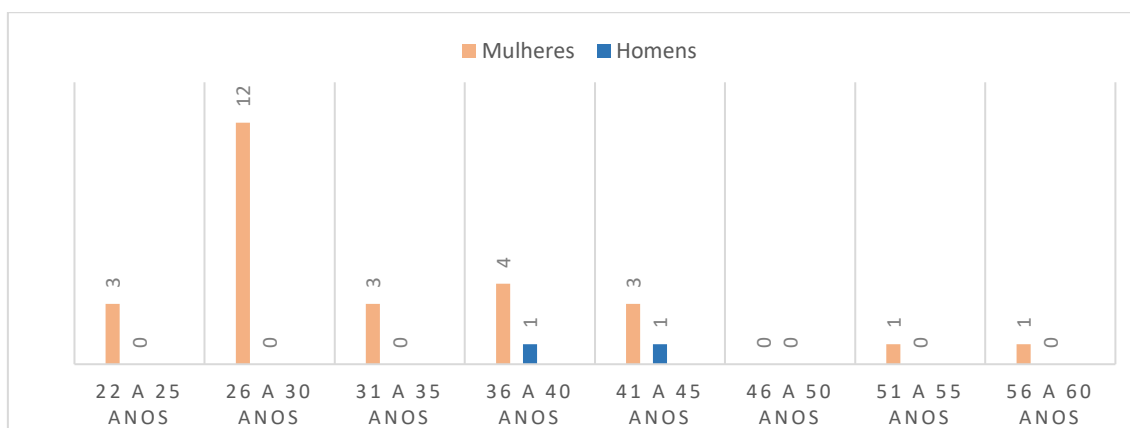
Gráfico 1- Colaboradores por Sexo



Fonte: Nunes (2019)

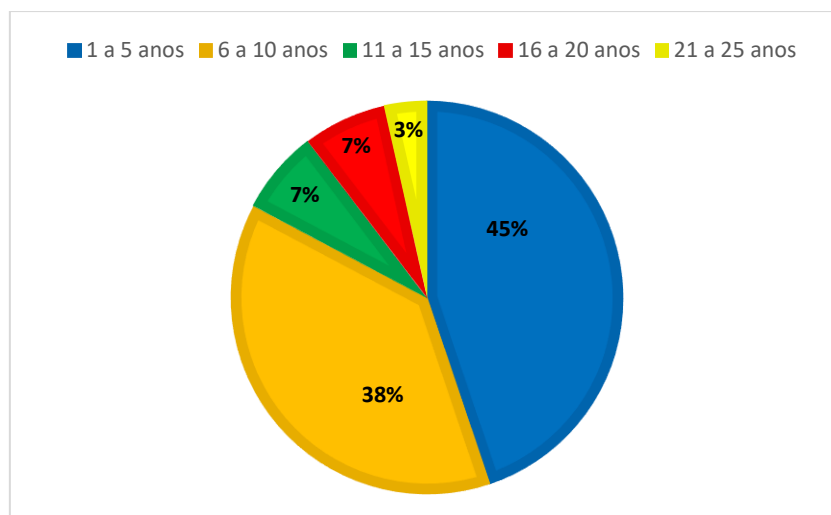
A histórica predominância feminina é uma característica da profissão, intimamente relacionada com o processo cuidar/cuidado, especialmente no que se refere ao aspecto da promoção da saúde, conceito basilar na atenção básica, haja vista que envolve adequações de comportamentos e atitudes a serem trabalhados individual e coletivamente com a população e que demandam educação para saúde, tanto por parte dos profissionais quanto dos usuários. Ambos, saúde e educação, são áreas das políticas sociais onde se observa fortemente a presença das mulheres.

No tocante à faixa etária, observa-se pelo resultado demonstrado no gráfico 2 que a maioria dos colaboradores deste estudo é de profissionais jovens, cujas idades variam de 22 a 35 anos e se constitui em força de trabalho com grande potencial produtivo, capaz de implementar ações de promoção, assistência e de educação em saúde.

Gráfico 2- Colaboradores por Sexo e Faixa Etária.

Fonte: Nunes (2019)

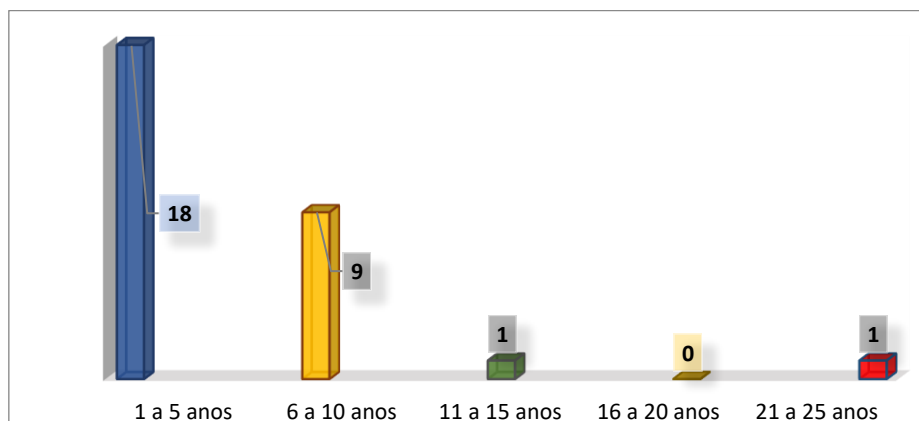
O tempo em anos de conclusão do curso de graduação dos enfermeiros colaboradores está demonstrado no gráfico 3.

Gráfico 3: Colaboradores por conclusão de graduação (em anos).

Fonte: Nunes (2019)

Observa-se que a maioria absoluta dos colaboradores concluiu a graduação em enfermagem na vigência das Diretrizes Curriculares Nacionais de 2001, cujos currículos devem trabalhar competências, habilidades e conteúdos com os discentes, através do pensamento crítico-reflexivo, de modo a capacitá-los para a atenção integral à saúde, com qualidade, humanização e efetividade no âmbito do SUS.

No que se refere ao tempo de atuação dos colaboradores na atenção básica, os dados apurados estão demonstrados no gráfico 4.

Gráfico 4: Colaboradores por atuação na atenção básica (em anos)

Fonte: Nunes (2019)

A maioria dos profissionais das UBS elencadas atua na atenção básica há no máximo 5 anos. Os jovens constituem majoritariamente o grupo de 1 a 5 anos de experiência profissional e referem a atenção básica como a primeira inserção no mercado de trabalho.

No que tange ao vínculo de trabalho dos enfermeiros colaboradores deste estudo com suas UBS elencadas da Área Programática 4.0, no bairro de Jacarepaguá, todos foram contratados por uma Organização Social (OS), com carga horária de 44 horas semanais e horários flexíveis, pois as referidas UBS funcionam de segunda-feira à sexta-feira, das 7 às 18 horas e aos sábados, das 8 às 12 horas. As OS celebraram contrato com a Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, por intermédio da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil (SMSDC), para produzirem serviços de saúde, cujas ações objetivam alcançar metas pactuadas com o gestor municipal, voltadas para a ampla cobertura de saúde da população nos territórios de atuação das UBS em referência.

6.3. Da SAE nos Atendimentos às Urgências em Atenção Básica

Dos discursos dos enfermeiros colaboradores obtidos das entrevistas, emergiram unidades de significação que podem ser agrupadas nas seguintes Categorias:

Categoria 1 – Aplicabilidade da SAE nos atendimentos às urgências nas Unidades Básicas de Saúde. Esta primeira categoria abrange três dimensões, a saber: Aplicabilidade da SAE; Possibilidades para a aplicabilidade da SAE e Limitações para aplicabilidade da SAE.

O entendimento dos colaboradores quanto à aplicabilidade da SAE às urgências em atenção básica foi delineado como se vê no quadro 4.

Quadro 4: Dimensão Aplicabilidade da SAE.

UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO	DISCURSOS	FREQUÊNCIA (n=29)
SAE não aplicada	“...nós não conseguimos colocar em prática toda essa questão da sistematização, por conta da rotatividade de profissionais e excesso de trabalho” (E 6)	3
Potencialidade para aplicação da SAE	“...Vejo potencialidade para o desenvolvimento da sistematização da enfermagem quando tiver mais pessoal, quando tiver mais medicamento...” (E 5)	6
SAE aplicada parcialmente	“...hoje a gente tem a possibilidade de fazer...é feita a sistematização, porém em alguns momentos ela pode não ser feita por completo...existe uma limitação, porque a gente não consegue seguir o processo...” (E 1)	5
SAE e ou Protocolos aplicados	“...Nessa unidade a gente sempre procura viver a sistematização da enfermagem. Como possibilidade a gente ao atender um paciente em urgência utiliza os protocolos...” (E 10)	10
Inconclusiva	“...As urgências aqui são bem frequentes e urgências reais, que deveriam ser emergências de grandes hospitais. A gente tem frequência de pacientes que entram em estado infarto, de parada cardiorrespiratória, de edema agudo de pulmão e a gente não tem muito recursos pro atendimento aqui, porque é uma unidade básica de saúde... a gente não tem um fluxograma...um POP, vamos dizer...pro atendimento dessas urgências...” (E 4)	5

Fonte: Nunes (2019).

Da dimensão Possibilidades para a aplicabilidade da SAE nas urgências em atenção básica, emergiram as seguintes unidades de significação, cujas frequências nos discursos estão registradas no quadro 5. Cumpre observar que do discurso de um mesmo colaborador emergiu mais de uma unidade de significação.

Quadro 5: Dimensão Possibilidades.

UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO	DISCURSOS	FREQUÊNCIA (n=29)
Reorganização do fluxo	“Hoje a gente trabalha com demandas espontâneas de baixo e médio riscos...a gente consegue implementar um atendimento com ausculta qualificada do enfermeiro, ali na frente, colhendo o histórico do paciente sobre o que ele está sentindo, a gente consegue fazer uma primeira abordagem na frente...” (E 22)	21
Humanização	“... a facilidade para implementações vem do eu profissional: quando você se doa, vem o reconhecimento do outro...quando você trabalha com humanização e se coloca no lugar do outro, isso te dá um retorno...” (E 18)	2
Equipes de referência	“... Potencialidade dentro da atenção básica, eu vejo que é ter uma equipe de referência que quando ele (o paciente) tem um quadro agudo, ele tem uma equipe de referência que conhece ele.” (E 10)	2
Atitude do profissional	“... Eu acho que cabe a cada profissional sim, existe a facilidade pra se organizar e pra fazer de fato...” (E 12)	4
Autonomia profissional	“... O enfermeiro da atenção básica atende com mais autonomia, a gente tem protocolos, a gente, prescreve a gente pede exames...” (E 11) “...A gente tem um grande aporte da secretaria de saúde com os protocolos de enfermagem...então quando chega o usuário para a unidade, você já sabe até onde pode ir...implementar a prescrição de enfermagem...você tem todo um respaldo, de protocolo já impresso... quando tem alguma urgência eu sei até onde posso ir...até aqui eu posso prescrever... daí em diante não me cabe mais como enfermeira...(E 25)	4
Multidisciplinaridade	“... nós somos os coordenadores da equipe na maioria das vezes, que coordena o cuidado dentro da equipe...a gente está em multidisciplinas para discutir e pensar...” (E 11)	1
Treinamento	“...Eu vejo como possibilidade de aplicação preparar a equipe, fazer treinamentos e equipar a sala para medidas mais urgentes...” (E 16)	1

Protocolos e Prontuário eletrônico	<p>“... eu acho que eu cumpro com as partes da sistematização, porque o prontuário eletrônico facilita...” (E 8)</p> <p>“...No sistema Vita Care, que não cabe muito a SAE aqui, porque só tem a parte do diagnóstico e de intervenção.... Na questão das urgências e emergências, a gente segue muito protocolo...” (E21)</p> <p>“... A gente tem os protocolos baseados no MS e além disso é preciso estar embasado na legislação de cada município... a gente consegue ter autonomia muito grande...aqui na clínica, por ser unidade escola, a gente consegue ter esses protocolos bem trabalhados, a gente chega empoderado desses protocolos, dessa sistematização...” (E 24)</p>	8
Longitudinalidade base do raciocínio clínico	<p>“As possibilidades dentro dos princípios de longitudinalidade e de coordenação do cuidado, acho que a gente tem uma continuidade muito boa...então as possibilidades de reavaliações de um mesmo paciente que vem com queixa aguda, elas acontecem e a gente consegue ter um raciocínio clínico mais avançado...” (E 20)</p>	2

Fonte: Nunes (2019).

A Dimensão Limitações para a aplicabilidade da SAE nas urgências em atenção básica abrange as unidades de significação constantes do quadro 6

Quadro 6: Dimensão Limitações.

UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO	DISCURSOS	FREQUÊNCIA (n=29)
Demanda de atendimento aumentada.	<p>“Acho que a dificuldade seja o alto fluxo de pacientes...a gente acaba não aplicando a SAE como ela é no passo-a-passo, os 5 passos...” (E12)</p> <p>Aqui nessa unidade nós temos uma demanda muito grande por dia e por turno e é complicado aplicar a SAE completa...” (E 15)</p>	10
Atendimento à demanda espontânea.	<p>“A UBS como porta de entrada a gente tem uma demanda muito grande de pessoas, o que prejudica a sistematização da assistência...” (E 11)</p>	
Insuficiência de materiais e medicamentos.	<p>“Vejo potencialidade para o desenvolvimento da sistematização da enfermagem quando tiver mais pessoal, quando tiver mais medicamento...” (E5)</p>	18

	“Precisa de monitor cardíaco, bomba infusora, maca tipo fowler. As máquinas são uma limitação...” (E 13)	
Inadequação da estrutura predial	“A gente tem poucos consultórios disponíveis: se o médico está atendendo, o enfermeiro não está porque é 1 sala só pros 2 dividirem....temos uma sala de observação improvisada em baixo, que tem uma maca e uma cadeira... eu sou da clínica da família e tem de trazer aqui pra cima, porque só tem 1 sala...se já estiver usando aqui...não terá outro lugar...” (E 27)	
Sala de observação incompleta.	“...a gente tem a sala de observação que coloca o paciente quando ele vem com uma demanda maior, porém a gente não tem equipamentos para tal...” (E 16)	
Despreparo profissional	“...Observo que uma limitação é mesmo o despreparo. Não é exigido isso da contratação dos profissionais e também não há um treinamento, um aperfeiçoamento nesse sentido... não observo muito o preparo para urgência e emergência aqui não...” (E 3)	
Descrença na SAE	“...o que eu acho que limita é que as pessoas têm descrença em fazer a sistematização... existe um estigma do conceito de sistematização e isso prejudica que ela seja plenamente implantada...” (E 8)	18
Insuficiência de pessoal	“...O problema é no dimensionamento de pessoal...” (E 10) “...Temos problemas dentro da unidade de falta de pessoal, pois alguns pacientes reclamam de não atendimento por falta de pessoal de serviço...” (E 26)	
Rotatividade profissional.	“...nós não conseguimos colocar em prática toda essa questão da sistematização, por conta da rotatividade de profissionais e excesso de trabalho...” (E 8)	
Protocolos não liberados ou Restrições dos protocolos.	“..Existem as limitações quando os protocolos não são liberados pelo município...” (E 24)	
Protocolos suprimindo a SAE.	“...Na questão das urgências e emergências, a gente segue muito protocolo e por isso muitas vezes deixa passar as etapas da SAE e isso é uma das limitações, principalmente nas urgência e emergências, porque aqui na unidade a gente segue protocolado pelos protocolos do MS. Então, essas	4

	seriam as limitações, mas a gente tenta usar a SAE...” (E 21)	
Fluxograma ou POP ausentes.	“...a gente não tem um fluxograma...um POP, vamos dizer...pro atendimento dessas urgências que chegam na unidade...” (E 4)	
Pouca comunicação e baixa proximidade entre gestores e profissionais.	“...infelizmente na atual estrutura de gestão a gente quase que não tem tempo para fazer a SAE...” (E 2)	
Gestor restritor.	“Vejo uma limitação também das ordens que vem de cima, por parte dos protocolos... porque esse olhar de fazer um atendimento humanizado, se a gente vê limitações no paciente e no gestor, o nosso trabalho fica limitado...” (E 7)	5
Insuficiente comunicação interprofissional.	“...há também uma dificuldade de comunicação com o médico...isso é uma limitação...” (E 5)	
Limitação do sistema Vita-Care.	“No sistema Vita Care, que não cabe muito o SAE aqui, porque só tem a parte do diagnóstico e de intervenção: não tem muita anotação no Vita Care...acho que essa seria uma das limitações...” (E 21)	
Registro das percepções e falas de usuários e profissionais ausentes	“...tem coisas não presenciais que a gente poderia escrever tipo fala do usuário e percepções do profissional...” (E 8)	3
Restrições à humanização.	“...a gente vê limitação por parte do próprio gestor central...eu acredito que isso tenha implicação na humanização...” (E 7)	
Insuficiência de tempo	“...A sistematização, a gente pensa no protocolo: tudo formalizado, bonitinho...é muito pouco...a gente até se esforça pra aplicar, mas assim é um número grande de atendimento de pacientes, que a gente vai fazendo rápido...bota o resumo, o principal...eu não vejo essa sistematização como deveria ser feito, não. Eu acho que não há nem tempo...” (E 3)	4
Não entende a proposta da Atenção Básica.	“A gente tem algumas limitações: a gente trabalha numa comunidade que muitas vezes as pessoas não têm ciência do que é o atendimento de enfermagem, a consulta de enfermagem...aí fala: ...mas a minha questão não é médica? Eu não teria de passar pelo médico? Ele não entende que a enfermagem pode fazer a avaliação...o exame físico, orientar e nem sempre é uma prescrição médica que vai resolver o caso daquela	8

	<p>pessoa...a gente tem essa dificuldade um pouco em relação à população não entender isso...” (E 22)</p> <p>“...o vínculo está em tudo: tanto no espaço, na questão da estrutura que a gente não tem, do próprio usuário entender como funciona a atenção básica, às vezes ele quer ser atendido naquele momento...” (E 27)</p>	
Dificuldade de acesso	<p>“O dificultador não é a assistência, mas uma falta de viabilidade para os pacientes chegarem a uma emergência: UPA é longe; emergência é longe, então ele acaba vindo pra a unidade. É a locomoção o dificultador desse cuidado...” (E 10)</p> <p>“...a dificuldade de acesso das pessoas...a gente aqui trabalha numa área de risco onde as pessoas às vezes não conseguem chegar à unidade...” (E 27)</p>	
Condutas dos usuários	<p>“...A maior dificuldade, que é a maior limitação, é a conduta dos pacientes...” (E 7)</p>	
Prefere atendimento médico	<p>“...quando o paciente chega e mediante o atendimento de um enfermeiro, esse paciente mostra-se meio que bloqueado, esse paciente prefere o atendimento do médico...” (E 7)</p>	

Fonte: Nunes (2019).

Categoria 2 – Dinâmica no atendimento às urgências nas Unidades Básicas de Saúde. Esta segunda categoria, envolve as dimensões Processos e Etapas e Urgências ou Emergências acolhidas.

No que tange à dimensão Processos e Etapas, a enfermeira recepciona e escuta as queixas dos usuários e na dependência do maior grau de risco e da vulnerabilidade, busca resolutividade, encaminhando o usuário no mesmo dia para o atendimento pela sua equipe de referência ou para o atendimento realizado por médico ou enfermeiro na sala de observação. Desse modo, as unidades significativas dos processos e etapas do atendimento às urgências nas unidades básicas de saúde em referência podem ser descritos conforme se mostra no quadro 7. Cumpre observar que há mais de uma unidade de significação destacada dos discursos dos enfermeiros colaboradores deste estudo.

Quadro 7: Dimensão Processos e Etapas.

UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO	DISCURSOS	FREQUÊNCIA (n=29)
Acolhimento	<p>“.. a gente agora está trabalhando no sistema de acolhimento: fica um enfermeiro aqui tentando filtrar o que realmente precisa passar por médico ou enfermeiro ou o que realmente é só orientação...” (E 2)</p> <p>“Hoje a gente trabalha com o acolhimento lá na frente, nós temos um enfermeiro que poder realizar a triagem junto com os agentes comunitários...” (E 7)</p>	18
Equipe específica para demanda espontânea	<p>“...a procura de demanda livre é bem alto, semelhante a de uma UPA...mas não são casos mais pesados. Em relação ao fluxo dessa demanda livre, a gente tem ajustado aqui na clínica, há 3 semanas, esse fluxo de atendimento às urgências. Funciona assim: a gente tem algumas equipes separadas para atender a esses casos...” (E 12)</p>	20
Sala de observação com ou sem inter consulta	<p>“Também tem o atendimento que a gente chama de interconsulta: o médico sai da sala dele e vai lá na sala do enfermeiro, avalia a situação aí vê a necessidade de alguma prescrição, algum antibiótico ou alguma medicação que não está dentro do nosso protocolo e aí faz a prescrição em conjunto com o enfermeiro...” (E 2)</p> <p>“Se chega uma pessoa com um atendimento mais rápido, a gente já consegue direcionar o atendimento pra sala de observação e pedir para que o médico vá vê-lo...é um feedback legal, porque o paciente não precisa esperar de um dia para o outro...” (E 16)</p>	22
Consultório da equipe de referência	<p>“...hoje a gente tem uma escala de atendimento de demanda espontânea que se prepara para atender esses pacientes com queixas agudas e eventualmente se existe uma queixa com necessidade de vigilância maior... a gente faz a articulação com a equipe de referência pra fazer esse atendimento imediato...” (E 20)</p>	8

Ausência de equipe específica para demanda espontânea	“A gente tem o acolhimento adulto e pediátrico...a demanda é muito grande...paciente chega na unidade e se dirige para o acolhimento e lá a enfermeira no setor vai vendo o que é prioridade...e dali a gente direciona para as categorias dos médicos ou das enfermeiras do setor...essa prioridade é por necessidade de atendimento...” (E 26)	3
---	---	---

Fonte: Nunes (2019).

Acerca das necessidades de saúde, a demanda espontânea dos usuários por assistência tem motivação multifatorial e é acolhida pelos profissionais da atenção básica segundo os princípios norteadores da territorialidade, longitudinalidade, risco, vulnerabilidade e vínculo que fundamentam a humanização dos atendimentos. Os enfermeiros colaboradores elencaram as urgências de baixa e média complexidade, mas referiram acolherem casos de urgências de alta complexidade e até mesmo de emergência, do modo descrito no quadro 8.

Quadro 8: Dimensão Urgências ou Emergências acolhidas.

UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO	DISCURSOS	FREQUÊNCIA (n=29)
Asma; bronquite; bronquiolite; resfriado; tuberculose pulmonar.	“Avaliação das crises respiratórias: asma, bronquite, em criança e em adulto...” (E 8) “As urgências mais frequentes são... resfriado, pneumonia, bronquiolite, tuberculose...” (E 23)	14
Acidente vascular cerebral, edema agudo do pulmão, hipertensão arterial; infarto agudo do miocárdio.	“...A gente tem frequência de pacientes que entram em estado infarto ... de edema agudo de pulmão...” (E 4) “...os casos mais frequentemente atendidos são AVC, IAM são frequentes...” (E 9) “...Mas tem hipertensão e diabetes descompensados...” (E 18)	22
Hiperglicemia; hipoglicemia.	“...Eu vejo os atendimentos mais comum de diabéticos descompensados, hiperglicemia, hipoglicemia, que vêm desacordados...” (E 3)	12
Complicações da gravidez; parto	.. a gente tem partos constantes aqui na unidade...” (E 4) “Os casos mais atendidos são ... gestante com complicação no pré-natal, abortamento...” (E 24)	21

Alcoolismo; ansiedade, depressão; tentativa de suicídio.	<p>“...queda provocada por alcoolismo...” (E 10)</p> <p>“...crise de ansiedade...o povo daqui tem muita ansiedade...” (E 19)</p> <p>“...saúde mental, paciente carente que fala que está com febre, mas quando entra no consultório é uma questão bem diferente: é uma situação de ...tentativa de suicídio, e isso a gente acolhe...” (E 20)</p> <p>“...Outras queixas também são os casos de depressão, o hipertenso ansioso, deprimido...” (E 24)</p>	4
Dengue; Chikungunya.	<p>“...Dengue e as arboviroses tem enchido as salas...” (E 8)</p> <p>“...as urgências a gente atende diariamente. As maiores, as mais comuns são resfriado, chicungunya...” (E 11)</p>	7
Sífilis.	<p>“...temos o teste rápido porque tem muito tuberculoso, muitas sífilis e HIV...as demandas maiores são essas...os atendimentos de demanda espontânea, pra fazer teste rápido...” (E 26)</p>	4
Perfuração por arma branca; acidente com material cortante; fraturas; violência doméstica contra mulheres e crianças; intoxicação por produtos químicos.	<p>“...de muito cultural é a submissão da mulher...de violência contra a mulher...logo quando eu cheguei eu notifiquei 3 casos...abuso de crianças...a gente pega isso aqui e a gente nunca tá preparada pra isso...” (E 8)</p> <p>“...acidentes com materiais cortantes, maquina, foice, que consegue fazer pequenas suturas...” (E 14)</p> <p>“.....aqui não tem hospitais próximos, não tem UPA, tudo vem pra gente:... facada, intoxicação por produtos químicos...” (E 18)</p> <p>“...demanda do AVC, infarto, fraturas...porque vem muita fratura pra cá...” (E 21)</p>	8
Celulite; impetigo; escabiose; pediculose; conjuntivite.	<p>“...Na área da pediatria, você atende a muitos problemas de pele: impetigo, escabiose...” (E 25)</p> <p>“...escabiose,pediculose,conjuntivite...são queixas agudas...” (E 11)</p> <p>“...As urgências mais frequentes são impetigo, sarna, ..., uma criança com celulite...” (E 23)</p>	8

Dor; cefaleia; convulsão; febre; vômitos, diarreia; desidratação; inapetência; tosse; dispneia; parada cardiorrespiratória.	.. Nós temos uma prevalência de crianças com sintomas gripais, sintomas de tosse, febre, diarreia...” (E 2) “...Até parto já foi feito aqui...pessoas convulsionando, parada cardiorrespiratória já chegaram aqui...taquicardia...” (E 6) “...necessidades do dia-a-dia,...às vezes ele chega com queixa de dor epigástrica ...” (E 9)	20
---	--	----

Fonte: Nunes (2019).

Categoria 3- Capacitação, treinamento e atualização do pessoal nas temáticas dos atendimentos às urgências e na aplicabilidade da SAE nessas condições nas Unidades Básicas de Saúde. Esta terceira categoria abarca as seguintes dimensões: Modalidades para o ensino em saúde e Temáticas para o ensino em saúde.

Quanto ao implemento de ações no âmbito das gestões local, regional ou central, as modalidades declaradas e sugeridas pelos colaboradores são as que constam do quadro 9. Alguns colaboradores sugeriram mais de uma modalidade de ensino, para capacitação e treinamento.

Quadro 9: Dimensão ensino em saúde e modalidades para formação e capacitação:

UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO	DISCURSOS	FREQUÊNCIA (n=29)
Educação Permanente	-“Eu acho que a educação permanente é eficaz, é sempre a melhor escolha...” (E2) “Acho que a educação permanente seria a melhor opção...” (E4) “...aqui na clínica os profissionais deveriam lembrar o que fazer nas urgências e emergências... uma educação permanente...” (E 15).	8
Educação Continuada	“A princípio de tudo a gente deveria fazer a educação continuada pro acolhimento. Não falo de triagem porque a atenção básica não tem...(E4) “...também poderia haver capacitação, implementação de educação continuada, para melhor a qualificação de médicos, enfermagem, núcleo de atenção à família (NASF)...” (E 13) “...O que falta na minha unidade é a educação continuada. Agente vê pouco profissional saindo pras capacitações na CAP...pela deficiência atual do nosso RH, a gente não pode estar saindo pra se capacitar...acho que a educação continuada seria primordial...” (E 29)	5

Palestra/Curso Teórico com Prática	<p>“...através de especialista para estarem capacitando através de cursos, palestras e outras formas, para que se pudesse dar um bom suporte...” (E 17)</p> <p>“...Mais importante, porém, é trazer para aqui dentro. Ao invés das pessoas se deslocarem, viria uma equipe para cá, através de palestras, exposições... isso deveria ser provocado por todas as coordenações...” (E 18)</p> <p>“...acho que deveria ter essa capacitação sob a forma de palestras. Caberiam palestras, seminários para capacitação...” (E 21)</p> <p>“...um modelo eficaz seria palestra no auditório, tipo aula...seria interessante a palestra...” (E 26)</p>	9
Ensino à Distância (EAD)	<p>“Acho que deveriam ser ministrado através de ensino à distância pelo AVASUS... O mais viável é o ensino à distância, porque você acessa de onde quiser, quando quiser.” (E 18);</p> <p>“Acho que poderia ter o recurso do ensino à distância, mas em caso de emergência precisa ser presencial...” (E 24)</p>	5
Tele Saúde	<p>“Acho que existe o tele-saúde...acho que seria interessante fazer capacitações pelo menos semestrais, tendo de apresentar o comprovantes, mostrando isso...” (E 19)</p> <p>“...a gente até tem o Tele-saúde...mas não uso muito, mas sei que existe...vai lá e tira dúvidas...” (E 27)</p>	3
Roda de Conversas	<p>“Acho que os conteúdos temáticos deveriam ser ministrados sob a forma de palestras, rodas de conversas, porque muitas vezes palestra a pessoa fica falando e até foge do assunto ..., roda de conversa por pergunta, porque a pessoa está falando mas troca porque tem pergunta...vai interagir mais...acho que seria legal...” (E 21)</p>	1

Fonte: Nunes (2019).

Segundo os enfermeiros colaboradores, a temática a ser abordada para a capacitação e treinamento dos profissionais de saúde, é a que se encontra descrita no quadro 10.

Quadro 10: Dimensão Temática sugerida para formação, capacitação e treinamento

UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO	DISCURSOS	FREQUÊNCIA (n=29)
Reanimação cardiopulmonar: suportes básico e avançado de vida; intubação orotraqueal; emprego de medicamentos.	<p>“Acho que tem que ser falado sobre reanimação, manobras de reanimação, medicações que são usadas nessa situação de parada, atualizar o pessoal em relação a isso...intubação...o que eu mais vejo é na situação de parada cardiopulmonar, que eu vejo mais grave. Eu acho que deveria ser através de curso com prática, que a gente pudesse exercer isso na prática também. Acho que é isso...” (E 3)</p> <p>“...parada cardiorrespiratória tanto pro médico e pro enfermeiro quanto pro técnico...” (E 4)</p> <p>“A gente deveria ter um curso BLS ou algum curso de socorro de urgência e emergência, pra poder estabilizar o paciente, no mínimo uma vez por ano estar relembrando protocolos de ranimação cardio-pulmonar...” (E 13)</p>	16
Sangramento; DHEG, diabetes gestacional.	<p>“Os temáticos emergências obstétricas, trabalho de parto é o principal porque a gente tem partos constantes aqui na unidade. Emergência relacionada à gestação: DHEG, diabetes gestacional tem muito aqui na unidade...” (E 4)</p>	8
bronquiolite; asma	<p>“...um curso de abordagem às doenças respiratórias: asma e bronquite, porque tem muita gente que chega aqui em crise e às vezes a gente vê uma certa dificuldade em abordar...reações vacinais...a gente faz vacinas em casa e tem um kitzinho de reações...e a gente nunca foi treinada nisso... “ (E 22)</p> <p>“Acho que o principal assunto a ser abordado aqui são as situações de IAM, bronquiolite com os RN...” (E 29)</p>	5
IAM; AVC; hipertensão descompensada.	<p>“IAM, AVC,...pra isso todo mundo é treinado e precisa ser treinado pra dar o suporte...” (E 9)</p> <p>“...Há necessidade de rediscussão das temáticas devido a esses casos. Há uma frequência grande de diabetes gestacional, hipertensão, então há necessidade de estar discutindo isso sempre...” (E 11)</p>	7

Hiperglicemia e hipoglicemia	“Os temas, pensar nos que são mais basais, que é o paciente hipertenso com a PA elevada...uma hiperglicemia ou hipoglicemia...o que fazer naquele momento até que o médico chegue...” (E 28)	2
Dengue, Chikungunya	“...as arboviroses a gente teve, porque aqui na Cidade de Deus teve um surto de Chikungunya...mas acho que faltam algumas...” (E 27)	2
Processo de enfermagem	“Não que eu saiba se houve capacitação para o emprego da SAE às urgências...já estou aqui há 4 anos e nunca soube...”(E 22)	1
Choque anafilático; acidentes ofídicos e aracnídeos; fraturas, convulsões, afogamento, vítimas de desabamentos e enchentes	“choque anafilático..a gente faz...com frequência...(E 9) “...no mínimo uma vez por anos estar lembrando protocolos de reanimação cardio-pulmonar, afogamento, como socorrer?, picada de aranha e cobra, como estabilizar? acho que isso deveria ser rotina...” (E 13) “Eu acho com relação a desabamento, saber abordar mais, porque vivemos há pouco isso na Muzema e eu estava trabalhando na área de vigilância.... Como lidar com a questão dos desastres? Enchentes?...” (E 18)	7
Saúde da Mulher; Imunização.	...o nível central tem: treinamento do pezinho, de imunização a gente faz sempre, mas como a gente tem mais conhecimento com elas, a maior parte vem pelo nível local, que conversa...” (E 4) “Os conteúdos, acho que os da s linhas de cuidados, urgência que envolve cada linha de cuidado seria necessário... urgências das gestantes...seria interessante...criança, mulher, homem também...identificar por estudo quando as urgência acontecem e onde elas estão ligadas nas linhas de cuidados...” (E 14)	1

Fonte: Nunes (2019).

7. DISCUSSÃO

Acerca da vivência experimentada na atenção básica pelos colaboradores e da influência dessa conjuntura na compreensão que eles têm sobre as possibilidades e limitações de aplicabilidade da SAE às urgências, considerando-se a elaboração da

assistência na perspectiva da teoria humanista-existencialista de Paterson-Zderad e do humanismo sartreano, verificou-se que os enfermeiros colaboradores foram aquiescentes e demonstraram disponibilidade para a participação nesta pesquisa, condição que suscitou no pesquisador um comportamento de não interferência na rotina dos enfermeiros e tampouco na das unidades assistenciais às quais estão vinculados, na medida em que valorizou-se o tempo dispensado por esses profissionais ao ser objetivo nas perguntas e comentários durante as entrevistas.

Desse modo, refletindo sobre a experiência dialógica vivida, na qual pode ser dito que houve o chamado do pesquisador e a resposta dos enfermeiros, verifica-se a experiência existencial preconizada por Peterson-Zderad, que pode ser aplicada no âmbito da assistência, na construção do cuidado em parceria entre o enfermeiro e o usuário atendido, com valorização das demandas trazidas e objetividade das propostas e intervenções terapêuticas. Considera-se que assim o humanismo sartreano influencia essa proposta, porque harmoniza a liberdade de escolha e a busca do “*ser-para-si*”, ambas implícitas sobretudo nas situações de urgentes necessidades por atendimento em saúde.

Esses encontros entre o pesquisador e os colaboradores da pesquisa teve como principal cenário o consultório, onde apesar da aparente formalidade houve maior espontaneidade para a expressão de compreensões sobre as diversas variáveis que envolviam o tema, na medida em que enquanto o colaborador discursava o pesquisador escutava e intervinha para argumentar, pontuar ou mesmo redirecionar o foco do discurso. Outros encontros dessa natureza ocorreram nos espaços abertos dos corredores e salas de espera das unidades básicas de saúde, por razões alheias às preferências do pesquisador, onde os intervenientes, tais como o calor e o ruído dos ventiladores incomodavam, ou quando pessoas que se aproximavam para fazerem perguntas ou passarem informações aos colaboradores interrompiam seu pensamento o discurso.

No que se refere ao pesquisador, diante de tais intervenientes condicionadores, foi preciso exercitar e trabalhar o aprimoramento de atributos tais como determinação, resiliência e pragmatismo, os quais associados à sua disponibilidade para escuta e compreensão, possibilitaram não somente a fluência da subjetividade do colaborador, mas a capacidade de adaptação dele e do pesquisador às situações novas ou repetidas que se apresentaram no curso das entrevistas. Esses comportamentos para a escuta, compreensão e adaptação estão em consonância com a Teoria Existencialista-Humanista, que os leva em conta nos processos interativos humanos.

O tempo disponível para a coleta de dados e para conclusão da pesquisa, assim como o acesso aos profissionais foram os fatores que mais diretamente impactaram no comportamento e nas condutas do pesquisador, resultando no primeiro fator atraso na chegada às unidades básicas pela limitação do tempo disponível em função de atividades laborais e espera para ser atendido pelos enfermeiros colaboradores, alguns contatados previamente e outros no momento em que lá se encontravam e no segundo fator representou para o pesquisador a procura em cada unidade básica pelos colaboradores que se encontravam em atividade em alguma sala e retorno quando a procura não lograva êxito, sendo necessário recomeçar em um novo dia. Mais uma vez se inscreve a capacidade de adaptação às novas condições já comentadas e há de se concordar com Paterson-Zderad de que o ser humano é um ser com aptidões para autopercepção e com liberdade e responsabilidade por suas escolhas e sua determinação.

Da dimensão Aplicabilidade da SAE nas urgências em atenção básica, a que mais frequentemente emergiu foi SAE e ou protocolos aplicados, representado pelo seguinte discurso: “...Nessa unidade a gente sempre procura viver a sistematização da enfermagem. Como possibilidade a gente ao atender um paciente em urgência utiliza os protocolos...” (E 10). Foi facilmente percebido pelo pesquisador, que para os enfermeiros colaboradores utilizar e seguir os protocolos significaria utilizar a SAE, no entanto as distinções são diversas. Os protocolos contêm medidas específicas e pontuais para cada condição que se apresenta e desse modo fundamenta-se num modelo tecnicista de intervenção. A SAE abrange o processo centrado na pessoa humana e sua condição de saúde.

As situações de urgência ou mesmo as de emergência expõem e acentuam vulnerabilidades e provocam temores. Nessas condições, tomando como fundamento a perspectiva sartreana, o *ser-em-si* busca a superação no *ser-para-si*. Ao mesmo tempo, em uma perspectiva Existencialista-Humanista, o chamado do usuário provoca no enfermeiro uma resposta intencional, qualificada por ser direcionada às necessidades daquele Ser. Essa qualificação da resposta do enfermeiro está na SAE.

Nesse escopo, haverá de ser considerado o que Maria, Quadros e Grassi (2016) observaram em seu estudo: “...quanto mais comprometida as funções orgânicas, mais planejada deve ser a assistência, assim a sistematização contribui apurando a técnica dos profissionais e organizando com eficiência o atendimento...” (MARIA, QUADROS e GRASSI, 2012 p. 301). Mais que isso, é preciso adaptar o processo de enfermagem a essas condições.

Na dimensão Possibilidades para a aplicação da SAE às urgências em atenção básica se destaca a unidade de significação Reorganização do fluxo, sendo citada 21 (vinte e um) vezes nos 29 (vinte e nove) discursos. Tal reorganização, recém-implantada nas unidades de atenção básica em referência, segundo a maioria dos colaboradores, principalmente nas Clínicas da Família, permitiu atender mais prontamente às urgências por profissionais escalados com essa finalidade, aliviando o atendimento à demanda programada das equipes, tal como se destaca do discurso “...Então o nosso fluxo se dá no acolhimento e vejo qual a demanda que ele traz e aí consigo direcionar...” (E11) e do discurso “...a gente consegue implementar um atendimento com escuta qualificada do enfermeiro, ali na frente, colhendo o histórico do paciente, sobre o que ele está sentindo, a gente consegue fazer uma primeira abordagem na frente...” (E22). Antes disso, ocorriam atrasos na demanda programada por conta dos atendimentos de urgência. A reorganização do fluxo possibilitou maior atenção ao atendimento às urgências e maior conhecimento dos protocolos do Ministério da Saúde e dos aprovados pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro para esses casos.

Entretanto, não há consenso entre os enfermeiros colaboradores quanto ao entendimento do contido nos protocolos e a SAE: muitos entendem um como sendo o outro, na medida em que nos protocolos existem implementações de cuidados que certamente são parte do processo de enfermagem; outros entendem que a SAE é aplicada parcialmente, conforme se destaca dos seguintes discursos dos enfermeiros colaboradores:

“A sistematização, ela está implantada nos protocolos. Nos atendimentos nas consultas agendadas, mas a gente consegue fazer a sistematização como todo. Em demanda livre é mais complicado, até porque a gente faz um número de atendimento que supera 20 atendimentos por turno e aí isso fica um pouco complicado de fazer, mas como as demandas são programados e a gente tem de dar maior atenção...” (E4).

Ou ainda

“...Acho que a dificuldade seja o alto fluxo de pacientes...a gente acaba não aplicando a SAE como ela é no passo-a-passo, os 5 passos, exatamente como o descrito, na prática a gente não consegue aplicar..., porque há o alto fluxo de pacientes, o

trabalho, a correria, tudo isso seria um fator dificultante de aplicar a sistematização como deveria...” (E12).

Em ambos os casos os colaboradores veem tal reorganização de fluxo com acolhimento uma possibilidade para implantar ou aperfeiçoar a SAE: “...quando a demanda é de acolhimento a gente consegue ouvir o paciente, orientá-lo e dessa forma não fica tão sobrecarregado... tá fluindo... quando não é da nossa equipe a gente consegue passar os casos pras equipes pra dar continuidade ao atendimento...” (E16) e “A SAE seria Padrão-Ouro pra gente fazer esse acolhimento que a gente faz...” (E2).

Há de se observar, porém, que a afirmação da autonomia profissional estaria na aplicação de protocolos nos diversos programas, tais como os de hipertensão arterial, diabetes, tuberculose pulmonar, entre outros, que possibilitam aos enfermeiros traçarem condutas terapêuticas, solicitação e acompanhamento de exames, na lógica intervencionista do modelo biomédico, os quais com isso se sentem mais empoderados e autônomos, dando lastro a um pretenso reconhecimento social e profissional. Isso está evidente nos seguintes discursos: “...na urgência a gente tem toda autonomia pra fazer a triagem...a investigação de quais seriam as condutas e as necessidades desse paciente...” (E7); “...aqui na clínica, ... a gente consegue ter esses protocolos bem trabalhados, a gente chega empoderado desses protocolos...eu tenho autonomia de estar fazendo a medicação da criança...eu posso estar dando um atendimento mais humanizado ao paciente...(E24).

No entanto, há de se observar também que a implementação e ampliação da SAE está no cerne da caracterização profissional do enfermeiro. Colimoide et al (2017) ao buscarem conhecer a percepção de enfermeiros sobre a integralidade do ser humano na prática do cuidado de enfermagem no contexto da Estratégia Saúde da Família constataram que seus entrevistados “demonstraram clara percepção da importância da integralidade para o cuidado de enfermagem, ou seja, atender e ver o indivíduo como um todo, contemplando suas particularidades...” (COLIMOIDE et al, 2017 p.614)

À luz do existencialismo sartreano, tudo isso seria o *ser-para-si* como negação do *ser-em-si* e projeção do *vir-a-ser* profissional. Contudo essa mesma lógica deve ser ampliada na perspectiva do usuário e de suas demandas por saúde, pois segundo Leopardi (1999) os seres humanos buscam o *vir-a-ser* através de suas escolhas, as quais pontuam suas existências, e a enfermagem é não somente um modo de inter-relação humana, como também uma resposta de cuidado a uma necessidade humana por saúde. (LEOPARDI, 1999 p.134-135).

Quanto à atitude profissional ela tem duas vertentes: uma é a de não somente exercer a autonomia como já é nos protocolos, como a de reivindicar a ampliação desta autonomia pela ampliação das intervenções por meio dos mesmos protocolos; outra remete à atitude profissional como determinante para a implantação ou ampliação da SAE nas urgências em atenção básica, conforme se vê nesse discurso: “...*falta um pouco mais colocar isso (a SAE) na prática, não só no prontuário eletrônico. Seria uma atitude do profissional em prática, até porque se não houver o processo de enfermagem na atenção primária, não é enfermagem...*”. (E13). Desse modo, caberia à vontade e determinação de cada enfermeiro a implementação da SAE, até mesmo porque já existe uma base para isso: os protocolos de enfermagem elaborados pela parceira da SMS do Rio de Janeiro e o Conselho Regional de Enfermagem, Seção Rio de Janeiro – COREN-RJ, desde 2012, onde constam procedimentos nas diversas modalidades e linhas de cuidados, a partir dos quais poder-se-ia elaborar a SAE nas urgências mais especificamente.

À luz da Teoria Existencialista-Humanista, é o enfermeiro no exercício de suas aptidões de autopercepção e liberdade, consciente de suas capacidades de conhecer aplicar, desenvolver, aperfeiçoar e se responsabilizar pelo seu fazer profissional, que corrobora o reconhecimento social e profissional pelos Outros, representados pelos demais profissionais de saúde, usuários e gestores.

As unidades de significação Protocolos e Prontuário Eletrônico da categoria Sistemas foram 8 (oito) vezes consideradas como possibilidade para o desenvolvimento e aprimoramento da SAE empregada no atendimento às urgências em atenção básica. A existência de protocolos toma corpo não somente na ação profissional em si mas no registro das mesmas no prontuário eletrônico, um programa de computador denominado Vita-Care, instalado em rede, acessível de qualquer terminal dessa rede, o qual além de permitir esses registros os relaciona a outros, constituindo-se num processo onde todos os dados necessários sobre o usuário estão organizadamente documentados e são fonte de consulta a qualquer momento por qualquer profissional de saúde. Inegavelmente todos os dados e informações são possibilidades que se abrem para a formulação da SAE nas urgências, mais especificamente no processo de enfermagem voltado para essas condições. Entretanto, há controvérsias de acordo com o que se destaca do seguinte discurso: “...*No sistema Vita Care, que não cabe muito a SAE aqui, porque só tem a parte do diagnóstico e de intervenção.... Na questão das urgências e emergências, a gente segue muito protocolo...*” (E21)

Na perspectiva de que a SAE abarca um conjunto de aspectos onde o processo de enfermagem é apenas um deles, as possibilidades até então elencadas pelos colaboradores referem-se, de acordo com o esquema proposto por Santos (2016), ao aspecto Instrumentos, devido à existência daqueles protocolos, de normas e de resoluções, do mesmo modo que ainda parcialmente se referem ao aspecto Método Científico do referido esquema, pois apesar do processo de enfermagem estar evidente quanto à anamnese, exame físico e prescrição dos cuidados, não estão claros ou inexitem outros aspectos, tais como uma Teoria de Enfermagem na qual se fundamente, uma Taxonomia adotada e o Dimensionamento de Pessoal, aspecto este bastante sensível, na medida da existência de distintos vínculos empregatícios: servidores municipais estatutários e funcionários contratados por Organização Social (OS) contratada pelo poder público municipal para gerenciar as atividades da atenção básica no município do Rio de Janeiro. Nesse escopo, infere-se que as possibilidades de implantação ou ampliação da SAE às urgências em atenção básica esteja muito além da vontade individual de cada enfermeiros, pois envolve a participação de gestores e da organização administrativa institucional.

No que tange à dimensão Limitações para a aplicabilidade da SAE, destacam-se as unidades de significação Insuficiência de materiais e medicamentos; Inadequação da estrutura predial e Sala de observação incompleta, as quais foram citadas em 18 discursos. Dada as características marcantes da atenção básica como a capilaridade, a longitudinalidade e o vínculo estabelecido entre seus profissionais de saúde e os usuários adscritos ao território, nas condições percebidas pelos usuários como de urgência ou emergência eles buscam atendimento na unidade básica que os assiste. Desse modo, as urgências de baixa e de média complexidade e até mesmo emergências são atendidas nessas unidades.

As queixas dos profissionais quanto à insuficiência em variedade e diversidade de materiais e medicamentos para fazerem face às demandas de urgências dificultaria ou impediria a aplicabilidade da SAE nessas situações. Tal insuficiência destaca-se nos seguintes discursos: *“Vejo potencialidade para o desenvolvimento da sistematização da enfermagem quando tiver mais pessoal, quando tiver mais medicamento...”* (E5) e *“Precisa de monitor cardíaco, bomba infusora, maca tipo fowler. As máquinas são uma limitação...”* (E 13). Na perspectiva dos enfermeiros colaboradores, são fatos que são corroborados pela incompletude das salas de observação, especialmente quanto ao material de assistência ventilatória, do tipo laringoscópio, cânulas orotraqueais de diversos diâmetros e bolsa

ventilatória com máscara, apontada no seguinte discurso: “*A gente não tem material pra isso, não tem equipamento...aí não tem laringoscópio pra RN, aí pega o foco da saúde bucal e põe pra aquecer , pega o vácuo, uma sonda, tudo no vamos se Deus quiser...*” (E14). A estrutura predial é referida como inadequada no CMS, porque o número de consultórios é insuficiente, obrigando ao seu compartilhamento pelos profissionais de saúde e onde as salas de observação são consultórios adaptados que não comportam todo o mobiliário e material de uma sala de observação. A esse respeito, as conclusões do estudo de Lumer e Rodrigues (2011) ao analisarem o papel do Programa Saúde da Família na atenção de urgência, já apontavam para a necessidade de condições adequadas tais como recursos tecnológicos e área física adequada dentre outros.

Todas essas até aqui elencadas limitações para a SAE nos atendimentos de urgência impactam nas necessidades urgentes de saúde dos usuários, os quais buscam tornar possível em uma perspectiva humanista-existencialista sartreana o desejável vir-a-ser. Em decorrência dessa perspectiva, a demanda por serviços de saúde refletiria a liberdade de escolha desse usuário e sua consequente responsabilidade, de tal forma que aqueles serviços proporcionariam os elementos necessário que auxiliariam o usuário na superação do ser-em si em ser-para-si. Do mesmo modo, e sob a mesma perspectiva, o enfermeiro busca superar aquelas limitações, independentemente de elas proporcionarem ou não a aplicabilidade da SAE: trata-se agora de implementar cuidados de enfermagem face à demanda do usuário e esse cuidado é a resposta do enfermeiro. A exemplo do que ocorre com usuário, o enfermeiro busca a superação do ser-em-si em ser-para-si. Para Paterson-Zderad, essa relação intersubjetiva decorre de um chamado e uma resposta intencional.

Os colaboradores ao apontarem as limitações de pessoal para a aplicabilidade da SAE às urgências em atenção básica, referiam-se à frequente insuficiência e rotatividade de pessoal, bem como ao despreparo profissional e à descrença na SAE. A questão da limitação de pessoal torna-se nevrálgica para a efetivação e a aplicabilidade da SAE, na medida em que é uma variável que envolve diretamente o dimensionamento de pessoal.

Os relatos de rotatividade são maiores entre médicos do que entre enfermeiros, de acordo com seguinte discurso: “*...a rotatividade é muito grande, tanto médico quanto enfermagem...menos enfermagem do que médico..*” (E4). Disso decorre que por vezes no cotidiano do atendimento programado os enfermeiros absorvem os agendados para o médico, quando não há esse profissional na equipe. Essa demanda aumentada consome

maior tempo do enfermeiro e acúmulo de atividades de acolhimento e atendimento à demanda espontânea, as quais não podem ser compartilhadas com os outros enfermeiros. O volume de trabalho torna-se grande e as exigências burocrático-administrativas também.

A implementação da SAE às urgências encontraria dificuldades também pelo despreparo profissional, onde ainda nos bancos universitários a formação nesse sentido é mais teórica do que prática e mais voltada para o cenário hospitalar. Em suma, seria necessária a formação universitária que priorizasse a aproximação da teoria à prática nos diversos cenários de atuação profissional. Esses dois aspectos conjugados seriam desestimuladores e responderiam pelo despreparo e descrença na SAE, principalmente entre os enfermeiros formados há muito tempo.

Embora a Resolução 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem – COFEN, que *“Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem...”* considere que *“...a Sistematização da Assistência de Enfermagem organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos...”* (COFEN, 2009) o que se depreende dos discursos dos colaboradores no cotidiano do atendimento é que a organização do trabalho fica prejudicada quanto ao método, pois *“...A sistematização, a gente pensa no protocolo: tudo formalizado, bonitinho...é muito pouco...a gente até se esforça pra aplicar...”* (E3) e ao pessoal, no discurso *“O problema é no dimensionamento de pessoal”* (E10), por razões de interdependência. Infere-se que a maior aproximação entre as universidades e os estabelecimentos de saúde, apoiados pelo COFEN e CORENs, para discussão dos fatos e elaboração de propostas nesse sentido, seria uma estratégia de valor para projetar resultados de pequeno, médio e longo alcance no tempo, nos distintos cenários de prática profissional.

Na unidade de significação Protocolos, os enfermeiros colaboradores aludiram à existência daqueles não liberados para utilização no âmbito municipal, tanto quanto associaram a supressão da SAE pela existência desses mesmos. Observe-se que protocolos em saúde são modelos padronizados criados para uniformizar condutas profissionais ante a um agravo à saúde. Trazem as diversas etapas do atendimento num fluxograma, com indicações de procedimentos diagnósticos e terapêuticos e atribuições de competências dos profissionais em cada uma das etapas. Certamente que muitas condutas diagnósticas e terapêuticas vêm sob a forma de cuidados, entretanto os

protocolos contemplam poucos aspectos do processo de enfermagem e não devem ser confundidos com o processo de enfermagem em si, constante da SAE. Apesar disso, conforme já observado anteriormente, os enfermeiros buscam ampliar a atuação profissional e a autonomia por intermédio da ampliação dos protocolos, quando infere-se que a partir dos mesmos poder-se-ia instituir ou ampliar a SAE e através dela firmar a autonomia profissional. Nesse escopo cumpre observar o que Krauzer et al (2015) identificaram sobre o conhecimento que os enfermeiros da Atenção Básica têm sobre a SAE: a de que por vezes foi confundida como um novo modelo assistencial.

No que tange ao Relacionamento interprofissional, apesar do discurso dos enfermeiros aludirem à insuficiente comunicação dos profissionais entre si e desses com os gestores, como se vê em “...infelizmente na atual estrutura de gestão a gente quase que não tem tempo para fazer a SAE...” (E 2) e em “...há também uma dificuldade de comunicação com o médico...isso é uma limitação...” (E 5), foi observado pelo pesquisador em campo que em apenas uma das unidades básicas de saúde a comunicação interprofissional encontrava-se insuficiente. Quanto à comunicação dos profissionais com o gestor, pareceu ao pesquisador em campo não ser insuficiente em todas as unidades. No tocante ao caráter restritor do gestor, faltaram elementos consistentes para compreensão do pesquisador, mas possíveis restrições teriam de ser analisadas no contexto das tomadas de decisões, para avaliar as razões do gestor na restrição das práticas profissionais que limitassem a implantação ou ampliação da SAE no atendimento às urgências.

Ainda no que se refere à unidade de significação Relacionamento interprofissional, necessário ser observado que não se pode produzir dicotomia entre discurso e prática. O relacionamento interpessoal é uma experiência existencial de admissibilidade da liberdade do outro. Para Sartre, o *cogito* como “...verdade absoluta da consciência que apreende a si mesmo...” (SARTRE, 2010 p. 46) se revela livre a si mesmo como ao outro, enquanto a consciência do outro também se revela livre a ele e a si. Desse modo Sartre diz que o outro é condição para a própria existência do sujeito, seu autoconhecimento e sua liberdade, tanto quanto é para o outro. As liberdades de cada sujeito passam a ser mediadas pela presença do outro. Esse é o fundamento da intersubjetividade, a qual consiste numa experiência que está em consonância com a dimensão singularidade-alteridade da Teoria Existencialista-Humanista de Paterson-Zderad.

Com base nesse pressuposto, necessário se faz projetá-lo não somente para as relações interprofissionais, mas projetá-lo para as relações intersubjetivas, nos encontros de assistência à saúde entre enfermeiros e usuários, onde a liberdade de intervenção de um é mediada pela liberdade de escolha do outro. Esse é o fundamento para a construção do cuidado em parceria, que considera não somente a liberdade do outro, mas o seu protagonismo na busca do vir-a-ser, na suplantação do ser-em-si ao ser-para-si.

A ausência de espaço para o registro das percepções e falas dos profissionais e dos usuários foi uma unidade de significação cujo discurso “...*tem coisas não presenciais que a gente poderia escrever tipo fala do usuário e percepções do profissional...*” (E 8) chamou a atenção do pesquisador. Reputa-se importância a esses registros, pois eles podem fornecer dados que possibilitem criar, ampliar e reajustar projetos terapêuticos singulares que já existem, com vistas ao aprimoramento da humanização, e que poderiam estar acessíveis no sistema Vita-Care de prontuário eletrônico. Nos atendimentos à demanda espontânea, aqueles registros refletiriam os significados e as expectativas dos usuários e dos profissionais durante as urgências, auxiliariam na elaboração e condução das intervenções e na qualidade e singularidade do cuidado implementado, na medida em que o tornaria mais humano ao possibilitar a voz dos partícipes. A prática desses registros encontra respaldo na prática de enfermagem humanista proposta por Paterson-Zderad, pois possibilita o registro das condições do encontro, da relação nele estabelecida entre os partícipes e da presença de ambos com suas vozes.

Das limitações para a aplicabilidade da SAE às urgências atribuídas aos usuários pelos enfermeiros colaboradores, as unidades significativas que se destacaram foram o não entendimento da proposta da atenção básica – “...*Ele não entende que a enfermagem pode fazer a avaliação...o exame físico, orientar e nem sempre é uma prescrição médica que vai resolver o caso daquela pessoa...a gente tem essa dificuldade um pouco em relação à população não entender isso...*” (E 22)- a dificuldade de acesso expressa no discurso “...*“O dificultador não é a assistência, mas uma falta de viabilidade para os pacientes chegarem a uma emergência: UPA é longe; emergência é longe, então ele acaba vindo pra unidade. É a locomoção o dificultador desse cuidado...*” (E 10) e as condutas dos usuários presente no discurso “...*A maior dificuldade, que é a maior limitação, é a conduta dos pacientes...*” (E 7).

A proposta da atenção básica se fundamenta na promoção da saúde e prevenção de doenças muito mais que nas ações curativas, no entanto persiste na concepção popular o atendimento curativo focado na queixa principal e pontual, tal como o oferecido pelas

unidades de saúde de maior complexidade (hospitais de emergências, hospitais gerais e unidades de pronto atendimento). Frequentemente na atenção básica os profissionais se deparam com atendimentos que deveriam ocorrer nas unidades de saúde de maior complexidade, porém o argumento dos usuário é o de que elas estão distantes de onde moram ou ainda de que eles (os usuários) não têm recursos financeiros suficientes para gastar com passagens nos transportes públicos. Em função da dificuldade de acesso, eles procuram nas unidades de atenção básica suas equipes de saúde de referência, de acordo com o território de abrangência a qual pertençam. Desse modo, não há como prever, porque a demanda por atendimento e as escolhas são definidas pelos usuários que se percebem necessitados. Caberá ao profissional acolher a demanda de urgência e implementar a assistência em cada caso, apesar dele se deparar com alegadas limitações de materiais, medicamentos e de inadequada estrutura predial, conforme dito anteriormente. O estudo de Hermida et al (2016) corrobora este fato, ao apontar como dificuldades “...a falta de equipamentos, transporte, espaço físico e pouca capacitação das equipes...” (HERMIDA et al, 2016 p. 1177).

Destarte as limitações, na perspectiva da teoria de Paterson-Zderad, esse encontro decorre de um chamado (do usuário) que resulta em uma resposta intencional (do enfermeiro), consistindo no todo em uma transação intersubjetiva.

Na Dimensão Processos e Etapas, da Categoria Dinâmica do atendimento às urgências, destaca-se o acolhimento por equipes específicas à demanda de urgência, de acordo com os discursos que seguem: “.. a gente agora está trabalhando no sistema de acolhimento: fica um enfermeiro aqui tentando filtrar o que realmente precisa passar por médico ou enfermeiro ou o que realmente é só orientação...” (E 2) e “...Em relação ao fluxo dessa demanda livre, a gente tem ajustado aqui na clínica, há 3 semanas, esse fluxo de atendimento às urgências. Funciona assim: a gente tem algumas equipes separadas para atender a esses casos...” (E 12). Esse *modus operandi* pode ser entendido como possibilidades para a aplicabilidade da SAE, em que pese a alta rotatividade de profissionais, o aludido despreparo destes, a insuficiência de materiais e medicamentos para os atendimentos de urgência e a inadequação de instalações prediais. Infere-se que a reorganização do fluxo promovida no âmbito de cada unidade básica de saúde criou possibilidades para a aplicabilidade da SAE às urgências.

De acordo com os discursos abaixo descritos dos enfermeiros colaboradores, as urgências e emergências mais atendidas são hipertensão arterial descompensada, os

trabalhos de parto, as convulsões, os vômitos e diarreias, a parada cardiorrespiratória, as crises de asma, a bronquiolite, a tuberculose pulmonar e o diabetes descompensado com hiperglicemia. “...Mas tem hipertensão e diabetes descompensados...” (E 18); “... a gente tem partos constantes aqui na unidade...” (E 4); “...Até parto já foi feito aqui...pessoas convulsionando, parada cardiorrespiratória já chegaram aqui...taquicardia...” (E 6); “Avaliação das crises respiratórias: asma, bronquite, em criança e em adulto...” (E 8); “As urgências mais frequentes são... resfriado, pneumonia, bronquiolite, tuberculose...” (E 23); “...Eu vejo os atendimentos mais comum de diabéticos descompensados, hiperglicemia, hipoglicemia, que vêm desacordados...” (E 3). Quase todos esses eventos, exceto os trabalhos de parto, estão relacionados nos Cadernos de Atenção Básica – Acolhimento à Demanda Espontânea – Queixas mais Comuns na Atenção Básica – Nº 28 - Volume II (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). Na medida em que nesse Caderno estão contidos fluxogramas e protocolos, seria possível aos gestores dimensionar o quantitativo de materiais hospitalares descartáveis, medicamentos, instrumentais e equipamentos eletroeletrônicos empregados na assistência à saúde.

Desse modo, a reorganização do fluxo, com acolhimento à demanda espontânea por equipes específicas para tal e o ajuste do aporte dos insumos necessários ao atendimento fomentam maior interação entre gestores e profissionais e favorecem as condições necessárias ao caráter resolutivo da atenção básica. Em decorrência, favorecem a implantação da SAE nos atendimentos às urgências.

Observa-se dos discursos dos enfermeiros colaboradores que os temas constantes das capacitações sempre estão relacionados aos problemas técnico-assistenciais com os quais os profissionais de saúde se deparam no cotidiano. Certamente todos são pertinentes, entretanto outros temas correlatos, mas não menos importantes, como a humanização e as relações interpessoais e seus suportes teórico-filosóficos contribuem sobremaneira para a qualidade da assistência e proporcionam as condições necessárias para a aplicabilidade da SAE às urgências em atenção básica.

Das Modalidades para a capacitação e treinamento, destaca-se majoritariamente dos discursos dos enfermeiros colaboradores a unidade significativa palestras ou cursos teóricos com prática, seguidas das unidades significativas educação permanente, educação continuada e ensino à distância, nessa ordem. A maioria dos enfermeiros colaboradores julgou que as palestras ou cursos teórico-práticos presenciais, nos moldes tradicionais de ensino em saúde, seria a modalidade mais efetiva para formação e

capacitação de pessoal. A presença de palestrantes experientes discorrendo sobre temas os quais dominam e que são de interesse geral atenderia às expectativas da maioria para o aprendizado.

A educação permanente também estaria adequada ao aprendizado em saúde, porque os temas emergiriam do cotidiano de atendimento e os modos de abordagem para a resolução dos problemas encontrados surgiriam da investigação dos componentes das equipes sob a orientação de tutores e preceptores. Esta modalidade permite com que cada um seja protagonista na construção do próprio conhecimento.

Quanto à educação continuada, os temas selecionados são aqueles de interesse institucional e que todos devam ter conhecimento. É uma modalidade utilizada com frequência pelos gestores nas unidades básicas de saúde, porque frequentemente a CAP 4.0 promove capacitações para temas tais como arboviroses, sífilis, bronquiolite, nos moldes de palestras.

O ensino à distância vem sendo empregado com sucesso na formação e capacitação do pessoal de saúde, entretanto requer disponibilidade de tempo e compromisso do aluno para os textos e atividades, além da etapa presencial que habitualmente está prevista.

No que se refere à Dimensão Temática, destacou-se dos discursos dos colaboradores a unidade de significação reanimação cardiopulmonar. As unidades de significação sangramento, doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG) e diabetes gestacional, também foram objeto de interesse dos enfermeiros colaboradores. Importa que todas as temáticas sugeridas para a capacitação e treinamento do pessoal guardam coerência com os casos acolhidos pelas unidades básicas de saúde, participantes da pesquisa.

O foco da demanda dos profissionais está nos procedimentos a serem empregados, ou seja, no “o que fazer?” e no “como fazer?": a intervenção utilizando os procedimentos técnicos focados no problema. Infere-se que o caráter humanístico que permeia a relação intersubjetiva nessas situações tenha sido relegado a um plano secundário. Não há nisso uma discordância, pois é preciso que o problema tenha um tratamento técnico, e há um tanto de humanismo na medida em que importa o que afeta o humano, todavia é preciso considerar a perspectiva subjetiva do usuário, no que tange aos significados dos resultados obtidos dessas intervenções para a existência dele. Enfim, será necessário ajudar não somente o usuário, para que na continuidade da existência ele seja capaz de

resgatar a liberdade que tem de fazer escolha e de por elas se responsabilizar, mas também o enfermeiro no mesmo sentido.

Nesse sentido, a presente pesquisa apresenta como produto para a capacitação e treinamento dos enfermeiros o Programa de Treinamento para a Sistematização da Assistência de Enfermagem às Urgências em Atenção Básica: Possibilidades e Limitações em uma Perspectiva Humanista a partir de Sartre.

8. DO PRODUTO

PROGRAMA DE TREINAMENTO PARA A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM (SAE) ÀS URGÊNCIAS EM ATENÇÃO BÁSICA

8.1. INTRODUÇÃO

A elaboração desse programa de treinamento teve origem na observação do pesquisador quanto aos discursos dos enfermeiros colaboradores da presente pesquisa. Busca-se trazer à tona a retomada da compreensão dos enfermeiros sobre a SAE como um conjunto que abarca aspectos que vão além do processo de enfermagem em suas diversas etapas. O referido Programa está delineado de modo que ao fim do treinamento os enfermeiros participantes estejam atualizados no emprego da SAE às situações de urgência e habilitados para a implementação desta sistematização, levando em conta todas os seus constituintes. Ademais, esses enfermeiros constituir-se-ão em multiplicadores para a implementação da SAE na atenção básica.

Desse modo, os benefícios proporcionados pelo Programa de treinamento para o enfermeiro são a ratificação de sua autonomia profissional e seu empoderamento ao proporcionar-lhe embasamento para a apresentação, argumentação e proposição de ações que melhorem quantitativa e qualitativamente a assistência. Para a comunidade de usuários, os efeitos desse Programa traduz-se na viabilidade de abrir espaços para a elaboração de cuidados dos quais participam da construção, possibilitando a negociação e adequações de ações e comportamentos que venham a entrar em conflito com suas liberdades individuais e de seus modos de existência, além de reforçar e proporcionar o estreitamento do vínculo.

8.1.1 Duração do Programa do Treinamento

Quatro semanas ou 40 horas, sendo 20h dedicadas á metade do público de enfermeiros e 20h restante para outra metade do mesmo público. As aulas serão

ministradas durante duas semanas, com 2 horas por dia de treinamento abrangendo teoria e exercícios práticos, de segunda-feira à sexta-feira, das 16h às 18h. A sugestão do horário resulta da observação do pesquisador acerca da dinâmica de atendimento dos enfermeiros, a qual aponta para a redução de consultas em razão da proximidade do final da jornada de trabalho.

8.1.2 Objeto

Treinamento dos enfermeiros para a aplicabilidade integral da SAE em atenção básica.

8.1.3 Objetivos

Geral

Aprimorar os enfermeiros quanto à aplicabilidade integral da SAE na sua prática profissional em atenção básica

Específicos

Estimular os enfermeiros quanto à aplicabilidade integral da SAE no acolhimento às urgências de baixa e média complexidades em atenção básica.

Oferecer subsídios para que o enfermeiro proporcione uma assistência de qualidade aos usuários nas urgências de baixa e média complexidade, considerando a liberdade e a autonomia para escolhas.

8.2 METODOLOGIA

Exposição oral; Rodas de conversas; Estudo de casos e principalmente Problematização com utilização do Arco de Magueréz.

8.3 TEMÁTICA PARA O DESENVOLVIMENTO DA SAE

8.3.1 Método Científico

8.3.1.1 Teoria de Enfermagem: Ex: abordagem da Teoria Existencialista-Humanista de Paterson-Zderad.

8.3.2. Processo de Enfermagem

8.3.2.1 Histórico de Enfermagem

8.3.2.2 Diagnóstico de Enfermagem

8.3.2.3 Planejamento de Enfermagem

8.3.2.4 Implementação das Ações

8.3.2.5 Avaliação de Enfermagem

8.3.3 Taxonomia

8.3.3.1 CIPE /CIPESC

8.3.4 Registros de Enfermagem

Abordagem de todos os registros pertinentes, de acordo com o COFEN.

8.3.5 Dimensionamento de Pessoal

De acordo com a Resolução COFEN 543/2017

8.3.6 Instrumentos

8.3.6.1 Protocolos do MS, da SMSDC/RJ e SMSDC/COREn-RJ

8.3.6.2 Manuais do MS para o atendimento às urgências em atenção básica

8.4 TEMÁTICA PARA O ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS

8.4.1 Bronquite, bronquiolite, asma, tosse

8.4.2 Diabetes descompensado: hiperglicemia, hipoglicemia, Diabetes gestacional

8.4.3 Hipertensão arterial descompensada

8.4.4 Arboviroses

8.4.5 Fraturas

8.4.6 Convulsões

8.4.7 Febre

8.4.8 Choque anafilático

8.5 PLANO DE AULA

Apresentação do impresso do Plano de aula, onde consta: cabeçalho, conteúdo, objetivos, desenvolvimento, materiais e equipamentos, duração e referências.

8.6 REFERÊNCIAS

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Inquestionavelmente é grande a importância da atenção básica no Sistema Único de Saúde (SUS), porque esse cenário de atuação proporciona aos profissionais de saúde, e aos enfermeiros em particular, o desenvolvimento do potencial técnico e humano de cada um. Exercer a enfermagem na atenção básica é estar cotidianamente engajado em questões sociais e é um modo de fazer política, porque em função do caráter capilar desse nível de atenção à saúde, oferecer acesso e viabilizar serviços de promoção da saúde e de prevenção de doenças acaba por estabelecer e fomentar vínculo com o usuário no seu território. Desse modo, o enfermeiro e demais profissionais que compõem a equipe de saúde da unidade básica tornam-se referência para os usuários.

Em um mesmo território a vulnerabilidade é variável em função das condições sociais e econômicas da população. Maior será o vínculo e a referência quanto maior for a vulnerabilidade. Consequentemente, a demanda por atendimento de saúde para as

necessidades desses usuários será maior, fato esse que justifica os atendimentos de urgência e até mesmo de emergência nessas unidades de atenção básica.

Decorre desse contexto a obrigatoriedade de o enfermeiro estar preparado para absorver essas demandas. Isso envolve o aprimoramento de competências e habilidades técnicas e relacionais, para que as propostas de intervenções em parceria com o usuário promovam bem-estar nas diversas dimensões que compõem o ser. Em uma perspectiva existencialista em Sartre, é uma parceria para o vir-a-ser, no sentido de auxiliá-lo a suplantar o ser-em-si doente e necessitado no ser-para-si livre para escolhas que resgatem sua autonomia e que pontuem sua existência.

Ainda nesse contexto, considerando que as unidades participantes desta pesquisa são Clínicas da Família e Centro Municipal de Saúde com Estratégia de Saúde da Família, buscou-se propor a aplicabilidade da SAE às urgências por meio do processo de enfermagem fundamentado na teoria Humanista-Existencialista de Paterson-Zderad, tendo como taxonomia a CIPESC – Classificação Internacional de Procedimentos de Enfermagem em Saúde Coletiva e como documentos básicos normativos os protocolos de enfermagem aprovados pela parceria COREN-RJ/SMSDC do Rio de Janeiro, e os protocolos do Ministério da Saúde.

Em função da reorganização do fluxo de atendimento nas unidades básicas de saúde para fazer face às demandas espontâneas, com a instituição do acolhimento às mesmas, torna-se possível pensar em um instrumento de rápido e fácil preenchimento que concilie o tecnicismo dos protocolos com os anseios e necessidades dos usuários nas diversas dimensões que constituem o ser físico, mental, social e espiritual, para a construção de um cuidado singular em parceria.

O Programa de Treinamento para a SAE às urgências em atenção básica ao adotar o referencial teórico e filosófico humanista-existencialista julga ter o suficiente fundamento para promover a construção de um cuidado em parceria entre enfermeiro e usuário e fomentar em ambos a responsabilidade a partir da liberdade de escolha de cada um: a liberdade de escolher o comportamento e a atitude mais adequados para respeitar a liberdade do outro, o usuário, em decidir por si e de assim ambos construir um cuidado esclarecedor e responsável, avaliando possibilidades e limitações e promovendo decisões conscientes que caracterizem seus modos de existir e conseqüentemente de ser.

Evidentemente que o referencial teórico de enfermagem e a taxonomia poderão ser outros, julgados mais adequados pelo conjunto de enfermeiros da unidade básica de saúde.

A presente pesquisa tem o potencial de ser replicada principalmente em unidades de atenção básica do tipo Clínica da Família, principalmente a partir da reorganização do fluxo de atendimento recém-promovida nessas unidades. Como limitações, tem-se que a pesquisa levou em conta somente 3 (três) unidades, sendo duas Clínicas da Família e um Centro Municipal de Saúde (CMS) tipo B, ou seja, Centro de Saúde com equipe de Estratégia de Saúde da família (ESF). Caberia extensão e aprofundamento do presente estudo, levando em conta o modo como operam os CMS sem ESF.

REFERÊNCIAS

ACIOLI, S.; KEBIAN, L.V.A.; FARIA, M.G.A.; FERRACCIOLI, P.; CORREA, V.A.S. **Práticas de cuidado: o papel do enfermeiro na atenção básica.** Rev enferm UERJ. Rio de Janeiro. v.22 n.5 p. 637-642 set/out 2014.

AGUIAR, F. **Diagnóstico de enfermagem em emergência: desafio de sua aplicabilidade.** Monografia apresentada ao Setor de Pós-graduação da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC. Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, 2008 50p

ALMEIDA, D.V. **Alteridade: Ponto de partida da humanização dos cuidados em saúde?** Revista Baiana de Enfermagem, Salvador, v. 26, n. 1, p. 399-407, jan./abr. 2012

ALMEIDA, D.V. ; RIBEIRO JÚNIOR, N. **A Sensibilidade e a humanização dos cuidados em saúde a partir da relação ética com o Rosto do Outro.** O Mundo da Saúde. São Paulo. v.36 n.3 p.407-415, 2012.

ANDRADE, S,R, BOEHS, A.E., COELHO, B.; SCHMITT, I.M.; CARLOS GABRIEL EGGERT BOEHS, C.G.E. **Relacionamento interorganizacional na integração ensino-serviço de enfermagem na atenção primária à saúde.** Rev Bras Enferm. v.67 n.4 p. 520-527 jul-ago 2014

AYRES, J.R.C.M; MINAYO, M.C.S; BOARETTO, C; CAMPOS, R.O; DESLANDES, S.F. **Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar.** Debatedores. Rio de Janeiro. Ciência & Saúde Coletiva, v.9 n.1 p.15-29,2004

BARATTO F., FERREIRA C.L.L., ILHA S., NUNES S.S., BACKES D.S., PEREIRA A.D. **Humanização da assistência na atenção básica às pessoas com neoplasia: percepção de profissionais de enfermagem.** Rev enferm UFPE on line., Recife. v.10 n.2 p.615-622, fev., 2016

BRANCO, P.C.C. **Diálogo entre análise de conteúdo e método fenomenológico empírico: percursos históricos e metodológicos.** Revista da Abordagem Gestáltica - Phenomenological Studies – XX n. 2, p. 189-197, jul-dez, 2014

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política nacional de atenção às urgências /** Ministério da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 228 p.: il. – (Série E. Legislação de Saúde)

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA-EXECUTIVA. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS /** Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INSUMOS ESTRATÉGICOS. DEPARTAMENTO DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA. **Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. – 2. ed., 3. reimpr. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011. 68 p. – (Série B. Textos Básicos em Saúde)

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012**. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, 2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Política Nacional de Atenção Básica**, Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. GABINETE DO MINISTRO. **Portaria N° 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Acolhimento à demanda espontânea** Cadernos de Atenção Básica nº 28 v.I. Brasília: Ministério da Saúde, 2013

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Acolhimento à demanda espontânea** Cadernos de Atenção Básica nº 28 v.II. Brasília: Ministério da Saúde, 2013

CASAROTTO, M.; SCHIMITH, M.D.; BUDÓ, M.L.D.; WEILLER, T.H.; SIMON, B.S, “**Eu fui ao posto mais próximo...**”: livre demanda do pronto socorro de um hospital universitário. R. pesq.: cuid. fundam. Online v.4 n.3 p.2712-2721 jul./set. 2012.

CASTRO, D.A.L.; CAIXETA, J.A. **Sistematização da assistência de enfermagem: a importância no processo de implantação nos hospitais do brasil**. Conferência internacional de estratégia em gestão, educação e sistemas de informação (CEGESI) - Goiânia, p. 707, 20

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução nº 358, de 15 de outubro de 2009. Sistematização da assistência de enfermagem – SAE**. Brasília 2009.

COLIMOIDE, F.P., MEIRA, M.D.D., ABDALA, G.A., OLIVEIRA, S.L.S.S. **Integralidade na perspectiva de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família**. Rev. bioét. (Impr.). Brasília. v.25 n.3 p. 611-617 2017

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO. SECRETARIA MUNICIPAL
DE SAÚDE E DEFESA CIVIL. COORDENAÇÃO DE SAÚDE DA FAMÍLIA.
Protocolos de Enfermagem na atenção primária à saúde. Rio de Janeiro:
Prefeitura, 2012.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SERGIPE. **Sistematização da
Assistência de Enfermagem em uma unidade de urgência e emergência:
autonomia e visibilidade da equipe de enfermagem** In Experiências em
Sistematização da Assistência de Enfermagem / organizadoras Joseilze Santos de
Andrade, Maria Cláudia Tavares de Mattos e Maria Jésia Vieira. Aracaju: editora,
2016.cap 2

COSTA, F.S., SILVA, J.L.L., OCA Y GONZÁLE, R.R.M.,MACHADO, E.A.
**Valorizando a consulta de enfermagem enquanto prática profissional no contexto
do Programa saúde da Família (PSF).** R. pesq.: cuid. fundam. Online v.4 n.4 p.2881-
2889 out./dez. 2012.

COX, G. **Compreender Sartre.** Tradução de Hélio Magri Filho. Petrópolis, RJ:
Vozes, 3ª ed 2011 222p

FELIX, N.N.; RODRIGUES, C.D.S.; OLIVEIRA, V.D.C. **Desafios encontrados na
realização da sistematização da assistência de enfermagem (SAE) em unidade de
pronto atendimento.** Arq Ciência Saúde, Paraná, v.16 n,4 p. 155 -60, 2009.

FERRAZ, F.; VENDRUSCOLO, C; KLEBA, M.E.; PRADO, M.L.; REIBNITZ, K.S.
**Ações estruturantes interministeriais para reorientação da Atenção Básica em
Saúde: convergência entre educação e humanização.** O Mundo da Saúde. São
Paulo. v.36 n.3 p.482-493 2012.

FRACOLLI, L.A.; CASTRO, D.F.A. **Competência do enfermeiro na Atenção
Básica: em foco a humanização do processo de trabalho.** O Mundo da Saúde, São
Paulo v.36 n.3 p.427-432. 2012.

FREIRE, A.B.; FERNANDES, D.L.; MORO, J.S.; KNEIPP, M.M.; CARDOSO,
C.M.; DE LIMA, S.B.S. **Serviços de urgência e emergência: quais os motivos que
levam o usuário aos pronto-atendimentos?** Saúde. Santa Maria – RS. v.41, n. 1,
p.195-200. Jan./Jul, 2015

GANDOLFI, M., SIEGA, C..K., ROSTIROLLA, L.M., KLEBA, M.E,COLLISELLI,
L. **Sistematização da Assistência de Enfermagem; da teoria ao cuidado integral.**
Rev enferm UFPE on line., Recife, v.10 (Supl. 4) p.3694-3703, set., 2016

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** São Paulo: Atlas, 2008. 6ª ed. p.
28.

HADDAD, J.G.V.; AMADO, J.N.; MACHADO, E.P. ZOBOLI, E.L.C.P. **A
comunicação terapêutica na relação enfermeiro-usuário da atenção básica: um
instrumento para a promoção da saúde e cidadania.** O Mundo da Saúde. São Paulo.
V.35 n.2 p.145-155 2011.

HERMIDA, P.M.V., NASCIMENTO, E.R.P., BELAVER, G.M., DANCZUK, R.F.T., ALVES, D.L.F., JUNG, W. **Percepção de equipes de saúde da família sobre a atenção básica na rede de urgência.** Rev enferm UFPE on line., Recife, v. 10 n.4 p.1170-1178, abr., 2016,

HUSSERL, E. **A crise da humanidade europeia e a filosofia.** Introd. e trad. Urbano Zilles.– 2. ed. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2002. 96 p.

JUNGES, J.R.; BARBIANI, R. **Repensando a Humanização do Sistema Único de Saúde à luz das Redes de Atenção à Saúde.** O Mundo da Saúde. São Paulo. v.36 n.3 p.397-406 2012.

KRAUZER, I.M.; ADAMY, E.K.; ASCARI, R.A.; FERRAZ, M.; TRINDADE, L.L.; NEISS, M. **Sistematização da Assistência de Enfermagem: o que dizem os enfermeiros?** Universidad de Concepción. Escuela de Enfermería. Ciência y Enfermería v. 21 n.2 p.381-388. 2015

LEOPARDI, M.T. **Teorias em enfermagem. Instrumentos para a prática.** Florianópolis-SC: Papa-Livros, 1ª ed. 1999 228p.

LOPES M.T.S.R.; LABEGALINI C.M.G.; BALDISSERA V.D.A **Educar para humanizar: o papel transformador da educação permanente na humanização da atenção básica.** Rev enferm UERJ. Rio de Janeiro, 2017; 25:e26278

LUMER, S.; RODRIGUES, P.H.A. **O papel da saúde da família na atenção às urgências.** Rev APS. Universidade Federal de Juiz de Fora – MG v.14 n.3 p. 289-295. jul/set 2011

MACEDO, L.M.; MARTIN, S.T.F. **Interdependência entre os níveis de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS): significado de integralidade apresentado por p.Botucatu-SP. V.18 n.51 p.647-659 2014**

MACEDO, C.A.; TEIXEIRA, E.R; DAHER, D.V. **Possibilidades e limites do acolhimento na percepção dos usuários.** Rev. enferm. UERJ. Rio de Janeiro. v.19 n.3 p. 457-462 jul/set 2011.

MARIA, M.A.; QUADROS, F.A.A.; GRASSI, M.F.O. **Sistematização da assistência de enfermagem em serviços de urgência e emergência: viabilidade de implantação.** Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 65 n.2 p.297-303, 2012.

MERHY, E. E. **O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde.** IN Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Ver – SUS Brasil: cadernos de textos, Brasília, 2004. P, 110-137

MIRANDA, C.A.; SILVEIRA, E.N.; ARAÚJO, R.A.; ENDERS, B.C. **Opinião de enfermeiros sobre instrumentos de atendimento sistematizado a paciente em emergência.** Revista Rene, Ceará, v.13 n.2 p. 396-407, 2012.

NERY, A, A; CARVALHO, C.G.R; SANTOS, F.P.A; NASCIMENTO, M.S.; RODRIGUES, V.P. **Saúde da família: visão dos usuários.** Rev. enferm. UERJ. Rio de Janeiro. v. 19 n.3 p.397-402 jul/set 2011.

PATERSON J; ZDERAD L. **Enfermería Humanística**. Tradução de Geraldina Ramos Herrera Cidade do México (ME): Limusa; 1979.

PENEDO, R.M.; SPIN, W.C. **Significado da sistematização da assistência de enfermagem para enfermeiros gerentes**. Acta Paul Enfermagem, São Paulo, (2791): 86-92, 2014.

PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2013. PMS 2014 – 2017. Disponível em www.rio.rj.gov.br/web/SMS . Acesso em 8 out 2018.

PUCCINI , P.T.; CORNETTA, V.K.; TÂNIA ZOGBI SAHYOM, T.Z.; FUENTES, I.C.P.; BOTTA, L.M.G.; PUCCINI, R.M. **Concepção de profissionais de saúde sobre o papel das unidades básicas nas redes de atenção do SUS/Brasil**. Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro v.17 n.11 p.2941-2952, 2012.

RANIERI, L.P.; BARREIRA, C.R.A. **Entrevista fenomenológica**. Universidade de São Paulo. Anais da IV SIPEQ. ISBN 978-85-98623-04-7. Rio Claro, 2010

RONCATO, P.A.Z.B., ROXO, C.O.; BENITES, D.F. **Acolhimento com classificação de risco na estratégia de saúde da família**. Revista da AMRIGS. Porto Alegre. v.56 n.4 p.308-313, out.-dez. 2012

SARTRE, J.P **O existencialismo é um humanismo**. Petrópolis, RJ: Vozes, 4ª ed 2014 84p

SCHAURICH, D; PADOIN, S.M.M; PAULA, C.C; MPTTA, M.G.C. **Utilização da Teoria Humanística de Paterson e Zderad em enfermagem pediátrica** IEsc Anna Nery R Enferm ago; v.9 n.2 p. 265 – 70, 2005.

SILVA, C.S.O; FONSECA, A.D.G.; SOUZA, L.P.S.; SIQUEIRA, L.G.; BELASCO, A.G.S; BARBOSA, D.A. **Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação sob a ótica dos usuários**. Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro. v.19 n.11 p. 4407-4415, 2014

SILVA A.V.; SANTOS I.; KESTENBERG C.C.F., CALDAS C.P., BERARDINELLI L.M.M.; SILVA L.P.S. **Plantão de escuta: uma aplicação da Teoria Humanística no processo clínico de enfermagem**. Rev enferm UERJ, Rio de Janeiro, 2018 26:e33586.

VIEIRA R.R., ROBORTELLA A.R., SOUZA A.B., KERR G.S., OLIVEIRA J.A.C. **Vida e morte na atenção primária à saúde: reflexões sobre a vivência do médico de família e comunidade ante a finitude da vida**. Rev Bras Med Fam Comunidade. Rio de Janeiro, v.11 n. 38 p. 1-7 jan/dez 2016

WALDOW, V.R.; BORGES, R.F. **Cuidar e humanizar: relações e significados**. São Paulo: Acta Paul Enferm v. 24 n.3 p. 414-8, 2011

ANEXO I



Mestrado Profissional de Ensino em Saúde - MPES
Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal Fluminense
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Título do Projeto: Sistematização da Assistência de Enfermagem às Urgências em Atenção Básica: uma Perspectiva Humanista em Sartre.

Pesquisador Responsável: Enfª Nelson dos Santos Nunes

Instituição a que pertence o Pesquisador Responsável: Universidade Federal Fluminense/UFF

Telefone para contato com o pesquisador: (21) 99120-8195

E-mail do pesquisador: nelson.santos06@gmail.com

Responsável pela Obtenção do TCLE: Enfª Nelson dos Santos Nunes

Tempo de Duração da Entrevista: 1(um) hora.

Nome do (a) participante: _____

Idade: _____

Sexo: _____

O (A) Sr. (Sra.) está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa “*Sistematização da Assistência de Enfermagem às Urgências em Atenção Básica: uma Perspectiva Humanista em Sartre.*”, de responsabilidade do pesquisador Enfª Nelson dos Santos Nunes, mestrando do Programa de Mestrado Profissional de Ensino em Saúde, sob orientação da Profa. Drª Rose Mary Rosa Costa Andrade Silva e coorientação da Profa. Drª Eliane Ramos Pereira.

O objetivo central da pesquisa é

- Compreender as possibilidades e limitações para a aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem como ordenadora do cuidado e da humanização da assistência às urgências nas salas de observação das unidades de atenção básica, a partir da concepção de humanismo em Jean-Paul Sartre.

Os objetivos específicos são:

- Descrever a dinâmica de atendimento às urgências nas salas de observação das unidades de atenção básica, visando compreender as possibilidades e limitações para a aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem;
- Propor um instrumento pedagógico através de aplicativo para mídias digitais, de rápida consulta e operacionalização, que contribua com o aperfeiçoamento da formação técnica e humanística do pessoal de enfermagem das unidades de atenção básica e conseqüentemente com sua melhor capacitação, a partir da Sistematização da Assistência de Enfermagem

Através das entrevistas, buscar-se-á verificar possibilidades e limitações para a aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem como ordenadora do cuidado e da humanização da assistência às urgências nas salas de observação das unidades de atenção básica

A sua participação nesta pesquisa consiste nas respostas que o (a) Sr. (a) dará às três perguntas feitas pelo pesquisador. Tais perguntas se referem aos objetivos central e específicos acima descritos. Desde já, cumpre destacar que sua participação não envolve remuneração de qualquer natureza antes, durante ou após sua participação na presente pesquisa.

A entrevista ocorrerá individualmente, nas dependências desta Unidade de Atenção Básica, numa sala reservada para tal, preservando-se o ambiente de sigilo.

Cumpre destacar que a entrevista não será filmada em qualquer momento.

O tempo da entrevista dependerá do seu modo de responder às perguntas formuladas, no entanto estima-se a duração máxima de 1 (uma) hora, para não lhe causar desconforto ou vir a constituir-se em contratempo para o (a) Sr.(a).

Se o (a) Sr. (a) autorizar, enquanto responde às perguntas sua voz será gravada. Desse modo, a nossa fala nesse período de tempo será armazenada numa mídia de áudio e mantida arquivada, para que depois possa ser novamente ouvida, a fim de que posteriormente seja escrita e analisada pelo pesquisador.

O arquivamento da gravação preserva a origem, dá confiança às informações e atende à exigência contida na alínea f do item XI da Resolução do Conselho Nacional de Saúde Nº 466 de 12 de dezembro de 2012: *“Do pesquisador responsável: Manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa”*.

Por tratar-se de pesquisa que envolve a avaliação da aplicabilidade de uma sistematização da assistência profissional às urgências, no contexto de uma unidade de atenção básica em saúde, atribui-se risco potencial mínimo. Durante as entrevistas poderão ocorrer desconfortos, físico e ou emocional, relacionados ou não às perguntas formuladas e ou ao ambiente da entrevista e ou às lembranças evocadas, ocasiões nas quais a entrevista será imediatamente interrompida, para que o pesquisador providencie o primeiro atendimento, necessário no sentido de sanar o desconforto produzido e de restaurar o equilíbrio físico e ou psíquico do participante, utilizando-se, para tanto, dos recursos materiais disponíveis no cenário da UAB e da ajuda dos demais profissionais de saúde.

Os casos que porventura vierem a requerer atendimento de alta complexidade serão referenciados a uma unidade hospitalar que disponibilize atendimento especializado, mediante cumprimento dos protocolos padronizados e das rotinas que envolvem tal operação naquela UAB.

Em caso de danos pessoais decorrentes de sua participação neste estudo, o (a) Sr. (Sra.) terá direito à indenização proporcional.

Os benefícios esperados dos resultados desta pesquisa para o usuário da UAB em situações de urgência, reside na melhoria da qualidade do atendimento porque incorpora às práticas dos cuidados o caráter humano, ao considerar suas distintas dimensões. Essa nova perspectiva vai ao encontro do que dispõe a PNAB.

O (A) Sr. (Sra.) poderá esclarecer com a pesquisadora dúvidas relativas aos procedimentos já realizados ou a serem realizados em qualquer etapa ou fase da pesquisa.

Seu consentimento como participante desta pesquisa poderá ser retirado a qualquer momento sem justificativas, mediante comunicação verbal ou por escrito ao pesquisador, presencial ou remotamente, utilizando-se dos recursos disponíveis para tal e a seu alcance, antes da conclusão da pesquisa.

Este documento vai elaborado em duas vias de igual teor, sendo uma entregue ao Sr. (Sra.) no ato de sua assinatura e a outra arquivada pelo pesquisador.

Os resultados da pesquisa serão de responsabilidade do pesquisador e tornados públicos em trabalhos e/ ou revistas científicas.

Os Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs) são compostos por pessoas que trabalham para que todos os projetos de pesquisa envolvendo seres humanos sejam aprovados de acordo com as normas éticas elaboradas pelo Ministério da Saúde. A avaliação dos CEPs leva em consideração os benefícios e riscos, procurando minimizá-los e busca garantir que os participantes tenham acesso a todos os direitos assegurados. Assim, os CEPs procuram defender a dignidade e os interesses dos participantes, incentivando sua autonomia e participação. Procure saber se este projeto foi aprovado pelo CEP desta instituição. Em caso de dúvidas, ou querendo outras informações, entre em contato com os Comitês de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense (CEP FM/UFF) e da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (CEP SMS/RJ), por e.mail ou telefone, de segunda à sexta, das 08:00 às 17:00 horas. Horário de atendimento ao público no CEP SMS/RJ, das 09:00 às 16:00h, de segunda-feira à sexta-feira. Em dia de reunião não há atendimento ao público.

E.mail: etica@vm.uff.br

Tel/fax: (21) 26299189

E.mail: cepsms@rio.rj.gov.br

Tel: (21) 22151485.

Eu, _____,
declaro ter sido informado (a) e esclarecido (a) quanto ao teor deste documento e
concordo em participar do projeto de pesquisa acima descrito. Declaro também que recebi
uma via deste documento, que vai por mim assinado e rubricado em todas as suas páginas,
juntamente com a assinatura e rubrica do pesquisador.

(Assinatura do participante)

Autorizo a gravação da entrevista (). Sim (). Não

(Assinatura do participante)

O presente Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) vai por mim assinado e
rubricado em todas as páginas.

(Assinatura do pesquisador)

_____, ____ de _____ de _____

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador

Nome e Assinatura da Testemunha 1

Nome e Assinatura da Testemunha 2

ANEXO II


**CARTA DE APRESENTAÇÃO**

Niterói, RJ, 23 de outubro de 2017.

À Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro – SMS-RJ

Sr. Secretário

Venho por meio desta apresentar NELSON DOS SANTOS NUNES. Ele é enfermeiro e aluno do Mestrado Profissional de Ensino em Saúde, sob minha orientação. Seu trabalho de pesquisa, parte integrante de seu curso de mestrado nesta Universidade, está inserido na linha de pesquisa Formação Pedagógica em Saúde, desenvolvida por esta Escola. O trabalho de Nelson abordará a Sistematização da Assistência de Enfermagem no atendimento às Urgências na Atenção Básica, tomando como referencial filosófico o Humanismo em Jean-Paul Sartre, visando contribuir com o ajuste das práticas dos enfermeiros e demais integrantes da equipe de enfermagem no contexto do atendimento às urgências nas salas de observação das Unidades de Atenção Básica, de forma a poderem atender às necessidades e especificidades dos usuários por demanda espontânea, promovendo a integralidade do cuidado. O pesquisador propõe que sua pesquisa seja realizada no âmbito das Unidades de Atenção Básica da Área Programática 4.0 e envolverá entrevista com enfermeiros de ambos os sexos, que atuem nas Clínicas da Família e nos Centros Municipais de Saúde (CMS) com e sem Equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Ademais, observará o contido na legislação brasileira que trata de pesquisa com seres humanos. Deste modo, gostaria de pedir que na medida do possível receba e auxilie o aluno pesquisador. Temos o compromisso de quando a pesquisa for concluída, retornar os achados para as instituições participantes.


 Rose Mary C. Rosa A. Silva
 EBANCIPIII - Mestrado Profissional
 em Engenharia de Saúde
 e Tecnologia em Enfermagem
 Mat. STAREC164652
 Drª Rose Mary Costa Rosa Andrade Silva
<http://lattes.cnpq.br/1669330469408012>
 Pesquisadora da Universidade Federal Fluminense

ANEXO III

CARTA DE ANUÊNCIA



CARTA DE ANUÊNCIA

A Coordenação de Área Programática 4.0 do município do Rio de Janeiro (SMS-RJ), ciente dos objetivos, dos procedimentos metodológicos e da responsabilidade de Nelson dos Santos Nunes como pesquisador; tendo como Orientadora Dra. Rose Mary Costa Rosa Andrade e Coorientadora Prof.ª Dra. Eliane Ramos Pereira no Programa de Mestrado Profissional de Ensino em Saúde - MPES; concedemos a anuência para a realização do projeto de pesquisa intitulado: "Sistematização da Assistência de Enfermagem às Urgências na Atenção Básica: uma perspectiva humanista em Sartre.

A anuência ao projeto de pesquisa considera que participarão da pesquisa, as seguintes Unidades:

SMS HAMILTON LAND - AP 4.0, CNES 4046307

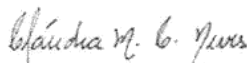
CF OTTO ALVES DE CARVALHO – AP 4.0, CNES 6927289

CF HELENA BESSERMAN VIANNA – AP 4.0 , CNES 7892829

Esta carta de anuência está condicionada ao cumprimento das determinações éticas da Resolução no466/2012 CNS/CONEP e o projeto somente poderá iniciar mediante sua aprovação documental pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMS-RJ. Solicitamos que, ao concluir o estudo, o pesquisador apresente o relatório final da pesquisa para o(s) gestor(es) e equipe de saúde da(s) unidade(s) onde se desenvolveu o estudo. No caso do não cumprimento, há liberdade de retirar esta anuência a qualquer momento sem incorrer em penalização alguma.

Rio de Janeiro, 09/01/ 2019.

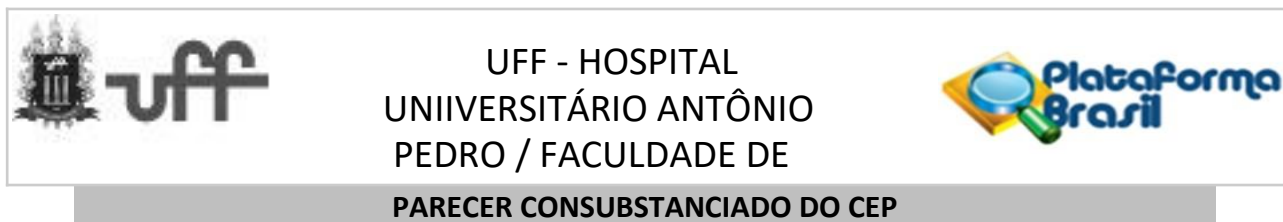
PI 
 Dra. Ana Beatriz Portugal Raed Barbosa
 Diretora DAPS - CAP 4.0
 Mat. 11/244797-7
 CRM: 52.73957-0



Nome: Cláudia M. C. Neves - Matr.: 11/202.862-9

Coordenação de Área Programática 4.0 do Município do Rio de Janeiro

ANEXO IV

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÀS URGÊNCIAS EM ATENÇÃO BÁSICA: UMA PERSPECTIVA HUMANISTA EM SARTRE **Pesquisador:** NELSON DOS SANTOS NUNES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 08784218.0.0000.5243

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.250.622

Apresentação do Projeto:

O projeto intitulado “Sistematização da assistência de Enfermagem às Urgências em Atenção Básica: uma perspectiva humanista em Sartre” tem como Pesquisador principal o Nelson dos Santos Nunes, compondo como assistentes Eliane Ramos Pereira, Rose Mary Costa Rosa Andrade Silva e Diomedea Zacarias Teixeira.

Se trata de um projeto de pesquisa que faz parte da dissertação de mestrado no Programa de Mestrado Profissional de Ensino em Saúde, vinculado à Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da UFF. Conforme Pesquisador, esta pesquisa se constitui como qualitativa, descritiva-exploratória, que utiliza a entrevista fenomenológica para a obtenção dos dados e o método fenomenológico empírico para a análise dos dados.

Partindo a hipótese de que é necessário verificar as possibilidades e limitações para a aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem como coordenadora do cuidado e da humanização da assistência às urgências nas salas de observação das unidades de atenção básica, a partir dos fundamentos teórico-filosóficos de Paterson-Zderad sobre o cuidado humanista-existencialista e o conceito de humanismo de Jean-Paul Sartre, o Pesquisador propõe analisar, em que medida, ocorre esta sistematização da assistência de enfermagem e como se expressam as propostas de humanização e cuidado no trabalho individual e coletivo dos enfermeiros no nível da Atenção Básica, nos setores de Urgência.



UFF - HOSPITAL
UNIIVERSITÁRIO ANTÔNIO
PEDRO / FACULDADE DE



Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou a Folha de Rosto assinada e datada, a Carta de Anuência da Coordenação de Área Programática 4.0 do município do Rio de Janeiro, TCLE e Questionário de perguntas.

Recomendações:

- Retirar do TCLE local para assinatura das testemunhas.

Projeto autorizado para a execução.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1275904.pdf	20/03/2019 00:20:28		Aceito
Outros	CARTA_AO_CEP_UFF_MAR_19.docx	20/03/2019 00:18:54	NELSON DOS SANTOS NUNES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_REVISTO.docx	20/03/2019 00:17:05	NELSON DOS SANTOS NUNES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DETALHADO_REVISTO.pdf	20/03/2019 00:06:38	NELSON DOS SANTOS NUNES	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CARTA_ANUENCIA_SMSRJ.docx	20/02/2019 00:14:08	NELSON DOS SANTOS NUNES	Aceito
Cronograma	NOVO_CRONOGRAMA_DA_PESQUISA.docx	19/02/2019 23:24:56	NELSON DOS SANTOS NUNES	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO_PESQUISA_NELSON.pdf	13/12/2018 22:14:41	NELSON DOS SANTOS NUNES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

NITEROI, 08 de Abril de 2019

Assinado por:

ROSANGELA ARRABAL THOMAZ
(Coordenador(a))

ANEXO V



SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE JANEIRO -
SMS/RJ

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÀS URGÊNCIAS EM ATENÇÃO BÁSICA: UMA PERSPECTIVA HUMANISTA EM SARTRE **Pesquisador:** NELSON DOS SANTOS NUNES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 08784218.0.3001.5279

Instituição Proponente: Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.470.330

Apresentação do Projeto:

O projeto intitulado "Sistematização da assistência de Enfermagem às Urgências em Atenção Básica: uma perspectiva humanista em Sartre" tem como Pesquisador principal o Nelson dos Santos Nunes, compondo como assistentes Eliane Ramos Pereira, Rose Mary Costa Rosa Andrade Silva e Diomedea Zacarias Teixeira. Se trata de um projeto de pesquisa que faz parte da dissertação de mestrado no Programa de Mestrado Profissional de Ensino em Saúde, vinculado à Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da UFF. Conforme Pesquisador, esta pesquisa se constitui como qualitativa, descritiva-exploratória, que utiliza a entrevista fenomenológica para a obtenção dos dados e o método fenomenológico empírico para a análise dos dados.

Partindo a hipótese de que é necessário verificar as possibilidades e limitações para a aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem como coordenadora do cuidado e da humanização da assistência às urgências nas salas de observação das unidades de atenção básica, a partir dos fundamentos teórico-filosóficos de Paterson-Zderad sobre o cuidado humanista-existencialista e o conceito de humanismo de Jean-Paul Sartre, o Pesquisador propõe analisar, em que medida, ocorre esta sistematização da assistência de enfermagem e como se expressam as propostas de humanização e cuidado no trabalho individual e coletivo dos enfermeiros no nível da Atenção Básica, nos setores de Urgência. Para que isso possa ser analisado, o Pesquisador propõe realizar o acompanhamento e entrevista com 30 enfermeiros

da rede municipal de saúde do Rio de Janeiro, alocados na área programática 4, que tenham no mínimo um ano de experiência na atividade-fim.

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1331892.pdf	30/06/2019 22:16:47		Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_DA_PESQUISA_REVISTO_PARA_SMS_RJ_JUN_19.docx	30/06/2019 22:12:36	NELSON DOS SANTOS NUNES	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ANUENCIA_CAP_40.docx	30/06/2019 22:11:16	NELSON DOS SANTOS NUNES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DETALHADO_REVISTO_JUN_19.pdf	30/06/2019 22:09:56	NELSON DOS SANTOS NUNES	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ANUENCIA_CMS_HAMILTON_LAND.docx	30/06/2019 22:08:47	NELSON DOS SANTOS NUNES	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ANUENCIA_CF_OTTO_ALVES_CARVALHO.docx	30/06/2019 22:08:06	NELSON DOS SANTOS NUNES	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ANUENCIA_CF_HELENA_BESSERMAN_VIANNA.docx	30/06/2019 22:06:53	NELSON DOS SANTOS NUNES	Aceito
Outros	CARTA_AO_CEP_SMS_RJ_EM_30062019.docx	30/06/2019 21:54:36	NELSON DOS SANTOS NUNES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLE_REVISTO_JUN_19.docx	30/06/2019 21:50:03	NELSON DOS SANTOS NUNES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 25 de Julho de 2019

Assinado por:
Salesia Felipe de Oliveira
(Coordenador(a))

APÊNDICE I



Programa de Pós-Graduação Stricto-Sensu
Mestrado Profissional de Ensino em Saúde



ROTEIRO PARA ENTREVISTA		
IDENTIFICAÇÃO (LETRA e N°)	SEXO F () M ()	DATA DA ENTREVISTA ____/____/201__
IDADE _____		LOCAL DA ENTREVISTA
QUESTÃO NORTEADORA		
Quais seriam as possibilidades e limitações para a aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem como ordenadora do cuidado e da humanização da assistência às urgências nas salas de observação das unidades de atenção básica?		
OBJETIVOS		
<p>GERAL: Compreender as possibilidades e limitações para a aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem como ordenadora do cuidado e da humanização da assistência às urgências nas salas de observação das unidades de atenção básica, a partir da concepção de humanismo em Jean-Paul Sartre.</p> <p>ESPECÍFICOS: Descrever a dinâmica de atendimento às urgências nas salas de observação das unidades de atenção básica; Propor um instrumento pedagógico que contribua com a formação técnica e humanística do pessoal das unidades de atenção básica a partir da Sistematização da Assistência de Enfermagem</p>		
PERGUNTAS		
<ol style="list-style-type: none"> 1. COMO O (A) SR. (SR^a.) AVALIA HOJE AS POSSIBILIDADES E LIMITAÇÕES PARA A APLICAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM COMO ORDENADORA DO CUIDADO E DA HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA ÀS URGÊNCIAS NESTA UNIDADE DE ATENÇÃO BÁSICA? 2. COMO O (A) SR. (SR^a.) DESCREVERIA A DINÂMICA DE ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS NESTA UNIDADE DE ATENÇÃO BÁSICA? 3. O (A) SR. (SR^a.) PODERIA DESCREVER DE QUE FORMA DEVERIA OCORRER A FORMAÇÃO E A CAPACITAÇÃO DO PESSOAL PARA ATENDER ÀS SITUAÇÕES DE URGÊNCIA OU MESMO DE EMERGÊNCIA NESTA UNIDADE DE ATENÇÃO BÁSICA? 4. NA SUA OPINIÃO, QUAIS OS CONTEÚDOS TEMÁTICOS QUE DEVERIAM SER PROGRAMADOS PARA A FORMAÇÃO E A CAPACITAÇÃO DO PESSOAL PARA ATENDER ÀS SITUAÇÕES DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA E COMO PODERIAM SER MINISTRADOS? 		