

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

DOMITÍLIA BONFIM DE MACÊDO MIHALIUC

**COMPETÊNCIAS PARA GERENCIAMENTO DO CUIDADO EM UNIDADE
DE PRONTO ATENDIMENTO DO DISTRITO FEDERAL**

BRASÍLIA- DF, 2019

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

DOMITÍLIA BONFIM DE MACÊDO MIHALIUC

**COMPETÊNCIAS PARA GERENCIAMENTO DO CUIDADO EM UNIDADE
DE PRONTO ATENDIMENTO DO DISTRITO FEDERAL**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília.

Área de concentração: Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Gestão de Sistemas e de Serviços em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª Walterlânia Silva Santos

Brasília- DF
2019

DOMITÍLIA BONFIM DE MACÊDO MIHALIUC

**COMPETÊNCIAS PARA GERENCIAMENTO DO CUIDADO EM UNIDADE
DE PRONTO ATENDIMENTO DO DISTRITO FEDERAL**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília.

Aprovado em 01/ 07/ 2019.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a Walterlânia Silva Santos – Presidente da Banca
Universidade de Brasília (UnB)

Prof^a Dr^a Manuela Costa Melo
Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS) – Membro Efetivo, Externo ao Programa

Prof^a Dr^a Tânia Cristina Morais Santa Bárbara Rehem – Membro Efetivo
Universidade de Brasília (UnB)

FICHA CATALOGRÁFICA

M672c Mihaliuc, Domitília Bonfim
Competências para gerenciamento do cuidado em unidade de pronto atendimento do Distrito Federal / Domitília Bonfim Mihaliuc; orientador Walterlânia Silva Santos. -- Brasília, 2019.
107 p.

Dissertação (Mestrado - Mestrado em Enfermagem) -- Universidade de Brasília, 2019.

1. Competências . 2. Enfermeiro. 3. Urgência. 4. Emergência. I. Santos, Walterlânia Silva, orient. II. Título.

Dedico este trabalho aos enfermeiros do futuro, para que consigam visualizar todas as competências gerenciais que envolvem o processo de cuidado e para que se preocupem em desenvolver as atitudes e as habilidades requeridas desde a graduação, assim, transformando a Enfermagem em uma profissão de excelência.

AGRADECIMENTOS

À Deus pela força e pela resistência física para me manter motivada internamente a desenvolver este trabalho, mesmo diante de todas as adversidades da vida de enfermeira, de docente, de estudante, de mãe, de esposa e de dona de casa. Somente a fé e a força divina explicam tamanha resistência.

Ao meu esposo, Alexandre, por me apoiar durante esse período tão intenso de ansiedade, de cansaço físico e mental, de ausência, de dispersão e de renúncias enquanto companheira.

À minha filha, Nicole, que sempre me perguntava, mesmo sem entender: “Mamãe, hoje a senhora vai para a UnB? Hoje vai ser professora ou estudante ou enfermeira?”, e sabia, que dependendo da resposta, não poderia buscá-la ou deixá-la na escola e participar de sua rotina. Nicole é minha maior motivação!!!

À minha mãe, por me ligar TODOS os dias e me incentivar a seguir, sem temer, sem olhar para trás, sem pensar no cansaço, sem pensar em sacrifício, pois as conquistas honestas da vida são árduas.

À minha família, que mesmo distante, torcia todos os dias para que este projeto se concretizasse.

À minha orientadora, Dr^a Walterlânia, que me acolheu tão bem no programa, que me compreendeu em meus momentos de pausa, que me amparou diante das minhas angústias e do meu excesso de ansiedade, que confiou e acreditou no meu trabalho enquanto estudante, e que colaborou em todo o processo de transformação e de maturidade que a pós-graduação proporciona.

Aos professores do Programa de Pós- Graduação da Universidade de Brasília, que tive a oportunidade de conhecer, de aprender e de compartilhar conhecimentos.

Aos colegas estudantes com quem compartilhei as disciplinas e todas as demandas do curso, que foram companheiros e que também colaboraram para o meu desenvolvimento.

Aos colegas enfermeiros, participantes deste estudo, que dedicaram seu tempo durante a rotina dinâmica, estressante e intensa de seus plantões, para contribuir com o desenvolvimento deste trabalho de forma serena e acolhedora.

Aos colegas docentes, da Escola Superior de Ciências da Saúde, que me incentivaram a buscar a realização do sonho da pós-graduação e que me ampararam desde

o processo de decisão de construir o projeto de pesquisa, durante as angústias vivenciadas no percurso e também no momento finalização do curso.

Aos estudantes de graduação em enfermagem da Escola Superior de Ciências da Saúde que são minha fonte motivadora, com seus olhos brilhantes de curiosidade e com suas ansiedades para se transformarem em profissionais modificadores da realidade, que me ensinam todos os dias.

Aos estudantes de graduação em enfermagem da Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia, pelo respeito e pela credibilidade que em mim depositaram durante a disciplina de Estágio em Docência 1.

Aos amigos, que entenderam minhas ausências em confraternizações, encontros e aniversários, sempre dizendo: “Vai passar e vai valer a pena!”

A todos que indiretamente me ajudaram nesses dois anos a conquistar esse sonho!

“A teoria sem a prática vira verbalismo, assim como a prática sem teoria, vira ativismo. No entanto, quando se une a prática com a teoria, tem-se a práxis, ação criadora e modificadora da realidade”.
(Paulo Freire)

RESUMO

OBJETIVO: Compreender as competências do enfermeiro para gerenciamento do cuidado em unidade de pronto atendimento. **MÉTODO:** Pesquisa qualitativa, realizada de outubro a dezembro de 2018, cuja estratégia utilizada para a coleta de dados foi entrevista semiestruturada, individual, com onze enfermeiros assistenciais, em três diferentes unidades de pronto atendimento do Distrito Federal. Realizamos agendamento prévio e a entrevista foi executada em ambiente reservado. Para tratar os dados qualitativos, aplicamos análise de conteúdo, modalidade temática. Este trabalho foi aprovado pelo comitê de ética e pesquisa com seres humanos da instituição proponente, parecer número 2.780.891, e da instituição coparticipante, parecer número 2.921.932. **RESULTADOS:** Entrevistamos três homens e oito mulheres, todos tinham pós-graduação, mas somente dois participantes eram especialistas em urgência e emergência, tinham idade média de trinta e cinco anos de idade, e oito entrevistados atuam no serviço supracitado há mais de seis anos. Sete enfermeiros tinham mais de 10 anos de formação profissional. Foram identificadas oito categorias temáticas: 1. Comunicação; 2. Decisões; 3. Intervir no processo de trabalho; 4. Trabalho em equipe; 5. Enfrentar situações em constante mudança; 6. Reconhecer a influência das relações de trabalho na saúde; 7. Reconhecer-se como coordenador de trabalho da equipe e do processo de cuidado; 8. Integrar suas ações com as multiprofissionais. A primeira categoria foi relatada em todas as entrevistas e está relacionada com a passagem de plantão, a resolução de pendências, as orientações enfermeiro-paciente e a comunicação entre enfermeiro e equipe de enfermagem e enfermeiro e equipe multiprofissional. As decisões estavam presentes na classificação de risco, durante a priorização de atividades gerenciais e quando é necessário ordenar as atividades assistenciais. A terceira categoria foi relacionada com a resolução de demandas que ultrapassam a capacidade da unidade de pronto atendimento. O trabalho em equipe representou a articulação com a equipe de enfermagem e a equipe multiprofissional. O enfrentamento das situações em constante mudança referia-se à convivência com sofrimento, estresse e frustração. A sexta categoria foi relacionada à mediação de conflitos. Reconhecer-se como coordenador de equipe e do processo de trabalho gerou quatro subcategorias: 7.1 desempenho assistencial e humanização; 7.2 gerenciamento de materiais, de equipamentos, de pessoas e do serviço; 7.3 liderança; 7.4 educação continuada. Já a última categoria identificou a fragilidade dos enfermeiros de integrar suas ações com os outros profissionais. Verificamos assim, que as competências do enfermeiro para o gerenciamento do cuidado em unidade de pronto atendimento são: comunicação, tomada de decisão rápida, trabalho em equipe, equilíbrio emocional, mediação de conflitos, desempenho assistencial, proatividade e liderança. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O gerenciamento do cuidado do enfermeiro depende de competências, que devem ser reforçadas por meio de educação permanente aos profissionais que atuam nesses serviços. Essas competências devem ser também desenvolvidas durante o processo de formação profissional e de pós-graduação. **Palavras-chave:** competência profissional, enfermeiro, emergência, urgência.

ABSTRACT

GOAL: To understand nurses' skills for assistance management in an emergency care unit. **METHOD:** Qualitative research, conducted from October to December 2018, where the strategy used for data collection was an individual semi-structured interview of eleven emergency nurses in three different emergency care units in the Federal District. The interviews were previously scheduled and carried out in a secluded environment. To handle the qualitative data, we utilized content analysis, thematic modality. This work was approved by the Ethics and Research Committee, by the personnel of the proposing institution, opinion number 2,780,891, and of the co-participant institution, opinion number 2,921,932. **RESULTS:** We interviewed three men and eight women, all had graduate degrees; however, only two participants were specialists in urgency and emergency care; the interviewees were 35 years old in average, and eight of them have worked in the aforementioned fields for more than six years. Seven nurses had more than 10 years of professional training. Eight thematic categories were applied: 1. Communication; 2. Decisions; 3. Intervention in the work process; 4. Teamwork; 5. Facing constantly changing situations; 6. Recognizing the influence of work relationships on one's health; 7. Recognizing themselves as coordinators of the team's work and of the care process; 8. Integrating their actions with those of professionals of other areas. The first category was reported in all interviews, and refers to the transition of shift change, the resolution of pending issues, the nurse-patient orientations, the communication between the nurse and the nursing team and between the nurse and the multidisciplinary team. Decisions were made during the risk classification, during the prioritizing of managerial activities, and anytime it was necessary in order to regulate the assistance activities. The third category referred to the resolution of demands beyond the scope of the Emergency care unit. Teamwork comprised the articulation between the nursing team and the multidisciplinary team. Handling the constantly changing situations included living with suffering, stress and frustration. The sixth category referred to conflict mediation. Recognizing themselves as coordinators of the team and of the work process generated four subcategories: 7.1 Assistance performance and humanization; 7.2 Management of materials, equipment, personnel and workload; 7.3 Leadership; 7.4 Continued education. The latter category demonstrated the nurses' struggle concerning harmonizing their actions with those of other professionals. Therefore, it became evident that the nurses' competences for the care management in the emergency care unit are communication, rapid decision making, teamwork, emotional balance, conflict mediation, care performance, proactivity, and leadership. **Final considerations:** The management of the nurse's care depends on skills which should be reinforced through permanent education of professionals of this area. These skills should also be developed during the undergraduate and graduate studies.

Key words: professional competence, nurse, emergency, urgency.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Matriz de competência profissional do enfermeiro em emergências.....	79
Quadro 1 – Primeiro período de implantação da PNAU: Sistemas Estaduais de Referência e SAMU.....	34
Quadro 2 – Período de Implantação das UPAs.....	36
Quadro 3 – Atenção às Urgências como Rede Prioritária.....	37
Quadro 4 – Caracterização do Participantes.	50
Quadro 5 – Pós-graduação dos Entrevistados.....	51
Quadro 6 – Relação entre Competências específicas das DCNs e as atividades dos enfermeiros participantes.....	77
Quadro 7 – Competências do Enfermeiro de UPA no DF.....	78

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB: Atenção Básica
ABEn: Associação Brasileira de Enfermagem
ACCR: Acolhimento com Classificação de Risco
AE: Atenção Especializada
APS: Atenção Primária à Saúde
CBM: Corpo de Bombeiro Militar
CEP: Comitê de Ética em Pesquisa
COFEN: Conselho Federal de Enfermagem
CFM: Conselho Federal de Medicina
CNE: Conselho Nacional de Educação
DCN: Diretrizes Curriculares Nacionais
DF: Distrito Federal
EPS: Educação Permanente em Saúde
ESCS: Escola Superior de Ciências da Saúde
ESF: Estratégia Saúde da Família
FCE: Faculdade de Ceilândia
FEPECS: Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde
GAE: Guia de Atendimento de Emergência
BEM: Medicina Baseada em Evidência
OMS: Organização Mundial da Saúde
OPAS: Organização Pan-Americana da Saúde
PES: Planejamento Estratégico Situacional
PNAU: Política Nacional de Atenção às Urgências
PNH: Política Nacional de Humanização
POP: Procedimento Operacional Padrão
RAPS: Rede de Atenção Psicossocial
RAS: Redes de Atenção à Saúde
RAU: Rede de Atendimento às Urgências
RUE: Rede de Urgência e Emergência
SAMU: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SE: Sala de Estabilização

SUS: Sistema Único de Saúde

TICs: Tecnologias de Informação e Comunicação

UBS: Unidade Básica de Saúde

UnB: Universidade de Brasília

UPA: Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	16
1 INTRODUÇÃO	18
1.1 OBJETIVOS	23
1.1.1 Objetivo geral.....	23
1.1.2 Objetivos específicos.....	23
2 PROCESSO DE TRABALHO DE ENFERMAGEM E AS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO.....	24
3 MOVIMENTO HISTÓRICO-POLÍTICO DO ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS NO ÂMBITO DO SUS	30
3.1 RAS NO CONTEXTO DO SUS E NO DF.....	30
3.2 UPAS NO CONTEXTO DA PNAU E DA RAU	33
4 PRESSUPOSTOS	40
5 MÉTODO	41
5.1 TIPO DE ESTUDO	41
5.2 CENÁRIO DE DESENVOLVIMENTO.....	42
5.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO	43
5.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	45
5.5 ANÁLISE DOS DADOS	46
5.6 ASPECTOS ÉTICOS	47
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	49
6.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES	49
6.2 CATEGORIAS DE ANÁLISE	51
6.2.1 Comunicação.....	52
6.2.2 Decisões.....	56
6.2.3 Intervir no Processo de Trabalho	61
6.2.4 Trabalho em equipe.....	62
6.2.5 Enfrentar situações em constante mudança.....	64
6.2.6 Reconhecer a influência das relações de trabalho na saúde.....	67
6.2.7 Reconhecer-se como coordenador de trabalho da equipe e do processo de cuidado.....	69
6.2.7.1 Desempenho Assistencial e a Humanização	70

6.2.7.2 Gerenciamento.....	71
6.2.7.3 Liderança	72
6.2.7.4 Educação Permanente.....	73
6.2.8 Integrar suas ações com as multiprofissionais.....	74
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	82
REFERÊNCIAS	
ANEXOS	
ANEXO I – PARECER CEP FACULDADE DE CEILÂNDIA – UNB (PROPONENTE).....	
ANEXO II – PARECER CEP DA FEPECS (COPARTICIPANTE).....	
APÊNDICES.....	
APÊNDICE I – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	
APÊNDICE II – TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DE SOM DE VOZ PARA FINS DE PESQUISA	
APÊNDICE III – ROTEIRO DE ENTREVISTA	

APRESENTAÇÃO

Há seis anos, fui desafiada a participar da montagem e da inauguração da quarta unidade de pronto atendimento- UPA do Distrito Federal- DF, localizada no Núcleo Bandeirante- DF, unidade mais próxima do plano piloto, região central de Brasília. Ao longo dos anos, pude observar a evolução da atuação do enfermeiro na classificação de risco e no cuidado direto aos pacientes que se encontravam nas salas de observação e estabilização.

O papel do enfermeiro na assistência direta ao paciente nos locais supracitados parecia ser melhor compreendido pelos enfermeiros, que executavam suas atividades clínicas e procedimentos técnicos com clareza e com objetividade.

Enquanto enfermeira assistencialista do serviço, eu observava problemas gerenciais rotineiramente: falta de materiais e de insumos, equipamentos danificados, escalas de serviços fragilizadas em virtude da limitação de recursos humanos, com necessidade de redistribuição diária de funcionários nos setores, superlotação do serviço, conflitos interpessoais entre membros da equipe e entre a equipe de saúde e usuários, entre outros. Esses problemas interferiram diretamente no do cuidado prestado ao paciente. O enfermeiro era solicitado e estava sempre buscando a resolução dessas demandas.

Além disso, por se tratar de serviços de urgência e de emergência, as decisões e as soluções exigiam agilidade e eficiência. O processo decisório tinha de ser consequente e rápido. Era visível que a atuação do enfermeiro tornava-se fundamental, não somente na assistência direta ao paciente, mas também na articulação com os demais profissionais (médicos, nutricionistas, assistente social, técnico de laboratório, bioquímico, técnico de radiologia, odontólogos, administradores, condutores de ambulância, equipe de higiene/limpeza e equipe de segurança), coordenação de equipe e supervisão de enfermagem. Todos esses papéis gerenciais estão claramente descritos nas suas atribuições legais e provocam impactos na qualidade da assistência.

Considerando a UPA como um serviço relativamente novo para a população e para os profissionais envolvidos, a jornada de trabalho era repleta de demandas e de situações que exigiam do enfermeiro muitas habilidades e diferentes ações. Como participante daquele processo de trabalho, sentia-me desafiada frequentemente. Todos os

dias vivenciava situações novas, tensas e inesperadas. O serviço dependia frequentemente da atitude do Enfermeiro na realização de diversas atividades.

Desse modo, essa rotina desafiadora na UPA, com exigências e habilidades assistenciais e gerenciais, combinadas às minhas atividades docentes no curso de graduação em Enfermagem da Escola Superior de Ciências da Saúde- ESCS, revelaram dificuldades na execução de atividades voltadas para gestão e para gerência por parte dos docentes, e na dificuldade do estudante de visualizar o papel gerencial do Enfermeiro no cuidado direto ao paciente, estimularam-me reflexões e me motivaram a realização desse estudo.

Assim, surgiram os seguintes questionamentos: O Enfermeiro de UPA percebe-se como gerente durante o seu plantão? Quais as habilidades essenciais para gerenciar o cuidado na UPA? Como o Enfermeiro age diante das situações vividas no dia a dia? Quais os desafios para gerenciar o cuidado nesse tipo de serviço? Quais as fortalezas desse tipo de unidade? Afinal, quais eram as competências de um Enfermeiro de UPA para gerenciar o cuidado do paciente?

Este trabalho destaca a problemática relacionada ao gerenciamento do cuidado e as competências necessárias para seu desenvolvimento em UPA do DF, cenário que acolhe pacientes com quadros agudos ou crônicos agudizados que precisam de atendimento de urgência ou de emergência, além de ser um local que possui recursos e capacidade de resolução limitados quando comparado aos serviços hospitalares.

Desta forma o objeto deste estudo são as competências do enfermeiro de UPA para gerenciar o cuidado de enfermagem ao usuário do serviço supracitado.

1 INTRODUÇÃO

Os marcos regulatórios descritos a seguir atribuem ao enfermeiro, desde a regulamentação da profissão, diretrizes curriculares e código de ética, competências relacionadas à gestão e ao gerenciamento, além do cuidado direto ao paciente.

O papel gerencial do enfermeiro é ressaltado desde o regulamento do Exercício da Enfermagem, como destaca a Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986: “O enfermeiro exerce (...) privativamente direção do órgão de enfermagem (...) e chefia de serviço e de unidade de enfermagem; organização e direção dos serviços de enfermagem (...); e planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 1986).

Esse papel também é destacado no código de ética, Conselho Federal de Enfermagem (2017), artigo 15, “... o exercício de cargos de direção, gestão e coordenação, no âmbito da saúde ou de qualquer área direta ou indiretamente relacionada ao exercício profissional da Enfermagem” é um direito fundamental do profissional enfermeiro.

Desta forma, para subsidiar os profissionais no desempenho de papéis gerenciais, as Diretrizes Curriculares Nacionais- DCN para o Ensino de Graduação em Enfermagem destacam que a Administração de Enfermagem, inserida nos conteúdos relacionados as Ciências da Enfermagem, deve envolver teoria e prática da administração do processo de trabalho e da assistência para o desenvolvimento de enfermeiro com capacidade de desenvolvimento intelectual, autônomo e permanente (BRASIL, 2001).

As DCN descrevem que os conhecimentos requeridos na formação do enfermeiro promovem o exercício das seguintes competências gerais: atenção à saúde; tomada de decisões; comunicação; liderança; administração e gerenciamento; e educação permanente. O profissional enfermeiro deve estar apto a fazer o gerenciamento da força de trabalho; dos recursos físicos, materiais e de informação; além de ser empreendedor, gestor, empregador ou liderança na equipe de saúde (BRASIL, 2001).

Já as competências e habilidades específicas envolvem, dentre outras, a capacidade de se comunicar, de tomar decisões, de intervir no processo de trabalho, de trabalhar em equipe, de enfrentar situações em constante mudança, de reconhecer a influência das relações de trabalho na saúde, de se reconhecer como coordenador do

trabalho da equipe de enfermagem e do processo de cuidar em enfermagem, e de integrar as suas ações com as multiprofissionais (BRASIL, 2001).

É importante ressaltar que uma nova DCN está em iminente publicação, e que tive o privilégio de participar da construção da quarta e última minuta na Associação Brasileira de Enfermagem- Aben seção Brasília- DF. Esse documento traz fortemente o desenvolvimento das competências para o gerenciamento do cuidado de enfermagem para ser realizado no processo de formação.

Retomando o assunto das competências, associações de educadores norte-americanos de saúde emitiram uma declaração conjunta de competências centrais para o exercício interprofissional colaborativo, separando as competências em quatro domínios: valores/ética, papéis/responsabilidades, comunicação e trabalho em equipe (MOSSERE; BEGUN, 2015).

No âmbito deste trabalho, faz-se necessário definir o termo competência, que deriva do latim *competentia*, significando proporção, simetria, concordância, ser próprio. Tem sido utilizada para qualificar o indivíduo capaz de resolver situações. Esse termo foi incorporado à linguagem organizacional para designar capacidade de realizar apropriadamente determinado trabalho. Considerado combinação sinérgica de conhecimentos, habilidades e atitudes do desempenho profissional de um indivíduo (BRANDÃO, 2012).

Na administração de serviços públicos, segundo decreto 5.707 de 26 de setembro de 2006, que institui a política e as diretrizes para o desenvolvimento de pessoas, esse conceito é reafirmado: competência é definida como um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias ao desempenho das funções dos servidores, visando ao alcance dos objetivos da instituição (BRASIL, 2006a).

Nessa perspectiva, além do conhecimento exigido para exercer uma função, é necessário ter aptidões ou habilidades para o bom desempenho de uma atividade profissional, assim, define-se competência como o conjunto de todos esses requisitos de desempenho. Esse conceito de competência pode ser estendido ao trabalho em equipe (MOSSERE; BEGUN, 2015).

Assim, a competência é evidenciada quando o indivíduo mobiliza e aplica um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes para gerar um desempenho adequado às necessidades organizacionais (BRANDÃO, 2012). Essa será a definição de competência utilizada neste estudo.

Diante desses conceitos de competência, é importante destacar que Mossere & Begun (2015, p. 11), relatam que, “na prática, muitas vezes é difícil separar habilidades, conhecimento e valor que capacitam um profissional para exercer sua função”. Para que o trabalho em equipe seja eficaz, seus membros, líderes e responsáveis gerais precisam possuir competências pertinentes às suas funções (MOSSERE; BEGUN, 2015).

Como já foi relatado, o enfermeiro deve ser o líder de sua equipe, além de responsável pelas categorias técnicas e auxiliares. Os membros de uma equipe tornam-se líderes por nomeação, por eleição ou emerge da história da equipe. Todos esses métodos de escolha podem ser bem-sucedidos desde que haja transparência e que o método seja legitimado por membros da equipe (MOSSERE; BEGUN, 2015).

Os líderes de equipes eficientes têm os seguintes papéis: criar condições para o bom funcionamento da equipe, capacitar e preparar a equipe para otimizar seu desempenho. Assim, o conceito de líder comandante tende a entrar em desuso (MOSSERE; BEGUN, 2015).

De acordo com Mossere & Begun (2015, p. 147), “...liderança está envolvida com previsão, definição de objetivos, manutenção do alinhamento das pessoas trabalhando (...) e motivação ou inspiração”, enquanto a gestão “... diz respeito à sustentação do trabalho realizado no dia a dia, ou seja, execução, controle e solução de problemas”, administrando os acontecimentos de minuto a minuto.

Considerando as Unidades de Pronto Atendimento- UPA como cenários de desenvolvimento deste estudo, além serviços de urgência e de emergência relativamente recentes no DF, faz-se necessário compreender um pouco sobre seus conceitos e suas atribuições na Rede de Atenção à Saúde- RAS.

O atendimento pré-hospitalar fixo é prestado por um conjunto de Unidades Básicas de Saúde- UBS, Unidades do Programa de Saúde da Família, Programas de Agentes Comunitários de Saúde, ambulatórios especializados, serviços de diagnóstico e terapia, unidades não hospitalares de atendimento às urgências e emergências e pelos serviços de atendimento pré-hospitalar móvel. As UPA surgem como estruturas de complexidade intermediária entre as UBS e as Unidades Hospitalares, com o papel de ordenar os fluxos de urgência e de emergência (BRASIL, 2002).

As Unidades não- hospitalares fixas de atendimento às urgências, compreendidas pelas UPA, fazem parte da organização de redes loco regionais de atenção integral às urgências, enquanto elos da cadeia de manutenção da vida, estabelecidas pela Política Nacional de Atenção às Urgências e Emergências- PNAU, instituída pela Portaria GM nº

1.863, de 29 de setembro de 2003. A adoção de estratégias de promoção de qualidade de vida, a instalação de Centrais de Regulação Médica das Urgências, capacitação e educação continuada e a utilização dos princípios da humanização da atenção também são consideradas componentes fundamentais dessa Política (BRASIL, 2006b).

As UPA devem desempenhar as ações de: acolher usuários em situação de urgência e emergência; articular-se com toda a Rede de Urgência e Emergência- RUE por meio de fluxos de referência e contrarreferência; prestar atendimento resolutivo e qualificado; estabilizar pacientes atendidos pelo Serviço de Atendimento Móvel às Urgências: SAMU; realizar consulta médica aos casos de menos gravidade, além de atendimentos e procedimentos médicos e de enfermagem; prestar apoio diagnóstico e terapêutico; e manter em observação por até 24h pacientes que necessitam de elucidação diagnóstica ou estabilização clínica (BRASIL, 2017).

O Acolhimento com Avaliação de Risco é considerado uma intervenção potencialmente decisiva na reorganização das portas de urgências, e na implementação da produção de saúde em rede, ao extrapolar o espaço de gestão local, afirmando a coexistência da macro e de micropolíticas. É necessário construir pactuações internas e externas, com a construção de fluxos claros por grau de risco, e a tradução destes na rede de atenção. O Enfermeiro tem papel fundamental para o exercício dessa reorganização (BRASIL, 2009).

Uma das competências das UPA é manter pacientes em observação, por período de até 24 horas, para elucidação diagnóstica e/ou estabilização clínica, além de encaminhar para internação em serviços hospitalares, por meio de centrais reguladoras, os pacientes que não tiveram suas queixas resolvidas nas 24 horas de observação (BRASIL, 2013).

Esse tempo máximo de observação também é reforçado pela Resolução 2.079, do Conselho Federal de Medicina- CFM, de 15 de setembro de 2014, que em seu artigo 12, determina o tempo máximo de permanência do paciente para elucidação diagnóstica e tratamento em 24 horas, estando indicada internação após esse período. Responsabiliza também o gestor pela garantia para referência hospitalar (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2014).

Quando se refere à serviços de urgência e emergência, define-se a equipe como *template*, ou seja, têm de curta duração, quando o tempo não permite que o líder capacite, desenvolva ou treine a equipe, ele é denominado líder operacional. As características de uma equipe de trabalho são: meta e responsabilidade compartilhada, quadro de pessoal

definido, autoridade de ação para alcançar o objetivo, independência dos membros, ausência de subgrupos independentes e prestação de contas à organização. A equipe *template* presta atendimento clínico por episódios de tempo limitado (MOSSERE; BEGUN, 2015).

Assim, para a prestação de serviços de qualidade, são necessárias competências profissionais daqueles inseridos nesse contexto. As competências básicas do enfermeiro em emergência são: desempenho assistencial, trabalho em equipe, liderança, humanização, relacionamento interpessoal, tomada de decisão, direcionamento para resultados e proatividade (HOLANDA; MARRA; CUNHA, 2014).

De acordo com as definições já expostas, as UPAs devem ser resolutivas, e têm até 24 horas para resolução e/ou encaminhamento do cliente. Na prática, observava-se a permanência de usuários no local, gerando demandas de cuidados e de gerenciamento de ações semelhantes às hospitalares, apesar da limitação de seus recursos de investigação diagnóstica e de tratamento.

A equipe de enfermagem em UPA tem grande representatividade na equipe de saúde, atua na Sala de Estabilização, Sala de Observação, Sala de Medicação e Acolhimento com Classificação de Risco, além de Central de Material e Esterilização. Para que o trabalho da equipe se desenvolva, há participação de uma equipe multidisciplinar. Como afirma a Organização Pan-Americana de Saúde- OPAS, a enfermagem representa mais de 60% da força de trabalho do mundo e cobre cerca de 80% das necessidades de cuidado. No Brasil, a força de trabalho de Enfermagem representa 50% dos profissionais da saúde (KURCGANT, 2016).

A compreensão do papel gerencial do enfermeiro em qualquer serviço de saúde é fundamental e deve ser executado constantemente. A preocupação somente com o papel assistencial na perspectiva do cuidado direto ao paciente é limitada, pois esse cuidado efetivo e seguro depende de vários aspectos gerenciais de um bom profissional enfermeiro. De acordo com Kurcgant (2016, p. 27), “O conceito de gerenciamento do cuidado é abstrato e dinâmico, e depende da intencionalidade das ações estarem ou não voltadas para a assistência aos pacientes e clientes”. Nesta situação, o gerenciamento do enfermeiro se inicia no seu respectivo plantão e envolve todas as ações necessárias, direta ou indiretamente, para desempenhar um cuidado de qualidade ao cliente.

Assim, neste trabalho, o gerenciamento do cuidado refere-se à articulação entre o trabalho gerencial e assistencial com o objetivo de atender não somente às necessidades do paciente, mas da equipe de enfermagem e os interesses da instituição (KURCGANT,

2016). Considerando esse conceito, a pergunta de pesquisa desse estudo foi: Quais as Competências do enfermeiro para gerenciamento do cuidado em UPA?

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo geral

- Compreender as competências do enfermeiro para gerenciamento do cuidado em Unidade de Pronto Atendimento;

1.1.2 Objetivos específicos

- Identificar as atividades gerenciais e assistenciais que envolvem o processo de trabalho do enfermeiro de Unidade de Pronto Atendimento;
- Relacionar as competências gerenciais do enfermeiro de UPA com as competências específicas estabelecidas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de enfermagem.

2 PROCESSO DE TRABALHO DE ENFERMAGEM E AS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO

A Enfermagem pelo seu contexto histórico apresenta fortes marcas de obediência, disciplina, pureza e submissão, além da predominância feminina. No século XX, com o aprimoramento tecnológico, a Enfermagem passa a atuar como agente de transformação, como prática social, adotando uma divisão social de saberes e poderes. No Brasil, essa força de trabalho é representada por Técnicos de Enfermagem e Enfermeiros e o produto final é o cuidado de Enfermagem à pessoa no seu processo de saúde-doença (SOUZA; HORTA, 2012).

O processo de trabalho de Enfermagem diversifica-se em quatro eixos principais: assistencial, gerencial, educativo e de pesquisa. O Enfermeiro pode assumir papéis assistencial, gerencial, educativo, político e de pesquisa. Esses papéis têm interfaces que os correlacionam, principalmente, quando se considera a dinâmica dos serviços em saúde (SOUZA; HORTA, 2012).

Voltando o olhar para o enfermeiro, a amplitude de suas atividades privativas descritas na lei de regulamentação da profissão envolvem: direção de órgão de enfermagem, chefia de serviço e de unidade de enfermagem; a organização e direção dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas; planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem; consultoria, auditoria e emissão de parecer relacionado à Enfermagem; consulta de enfermagem; prescrição da assistência de enfermagem; e cuidados diretos a pacientes graves, de maior complexidade (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 1986).

No sentido de instrumentalizar o Enfermeiro para o exercício do cuidado direto ao paciente de forma sistematizada, a Resolução nº 308 de 15 de outubro de 2009, recomenda a realização do Processo de Enfermagem, orientado por uma teoria de enfermagem, composto por cinco etapas sequenciais, mas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes: 1. Coleta de Dados de Enfermagem/ Histórico de Enfermagem; 2. Diagnóstico de Enfermagem; 3. Planejamento de Enfermagem; 4. Implementação; e 5. Avaliação de Enfermagem (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009).

Mas, é interessante lembrar que, o leque de atuação do enfermeiro ultrapassa a assistência direta ao paciente e envolve várias competências. As Diretrizes Curriculares

Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem, com o objetivo de alinhar os conteúdos nas instituições de ensino superior do país descreve os conhecimentos requeridos para o exercício da profissão. Embora já citadas na introdução, reforço aqui as competências e habilidades gerais: atenção à saúde, tomada de decisões; comunicação; liderança; administração e gerenciamento; e educação permanente. Essas DCNs reforçam ainda a necessidade de enfatizar o SUS (BRASIL, 2001).

Nesse contexto, acredito ser necessário buscar a definição de algumas competências/habilidades descritas acima.

Assim, decisões são escolhas de alternativas ou de possibilidades para resolução de problemas. Os principais tipos são: programadas (aplicar ações já predefinidas) e não programadas (situações novas). O processo decisório envolve cinco fases principais: identificação do problema ou oportunidade (percepção do problema); diagnóstico (compreender o problema, identificando causas e consequências); geração de alternativas (brainstorming – tempestade de ideias); escolha de alternativas (avaliação, julgamento e comparação das alternativas); e avaliação da decisão (implementação e avaliação da decisão). Quando a decisão é tomada, reinicia o ciclo do processo (MAXIMIANO, 2007).

Holanda, Marra e Cunha (2014, p. 375), definem o processo de tomada de decisão como a “capacidade de escolher um curso de ação diante de diversas alternativas cabíveis para agir nas situações/condições cotidianas, considerando conhecimentos, práticas, limites e riscos envolvidos no processo decisório”.

Já a Comunicação é um processo de transferência de informação e significado entre pessoas, é também uma forma de se relacionar, de compartilhar sentimentos e conhecimentos, que envolve transações entre pessoas. Seus elementos são: emissor ou fonte (emite a mensagem); transmissor ou codificador (equipamento que liga a fonte ao canal); canal (separa a fonte do destino); receptor ou decodificador (equipamento que codifica a mensagem para torna-la compreensível); e o destino (destinatário da comunicação que pode ser pessoa, coisa ou processo). Como a comunicação funciona como um sistema aberto, pode ser perturbada por um ruído, que deturpa, distorce ou altera a mensagem transmitida. Desta forma, o ruído é uma perturbação interna do sistema, enquanto a interferência representa uma perturbação externa, vinda do ambiente (CHIAVENATO, 2009).

Outro elemento desse processo é o *Feedback* que significa realimentação, ou seja, o retorno da informação para o emissor. O feedback pode ser natural ou induzido.

Independentemente do tipo, é uma garantia da eficácia do processo de comunicação (MAXIMIANO, 2007).

O processo de comunicação humana pode apresentar três tipos de barreiras: pessoais (provenientes das limitações, emoções e valores de cada pessoa), físicas (decorrem do ambiente) e semânticas (originam-se da possibilidade de diferentes sentidos para as pessoas envolvidas no processo). Essas barreiras podem acontecer simultaneamente (CHIAVENATO, 2009).

Holanda, Marra e Cunha (2014, p. 376) reafirmam a definição de competência de comunicação como a “... capacidade de transmitir uma mensagem por meio de qualquer meio disponível, garantindo o seu recebimento, sem distorções”.

Dando continuidade aos conceitos das competências descritas pelas DCNs, a liderança está relacionada à capacidade do líder de influenciar o comportamento de um ou mais liderados. Isso está ligado ao processo de motivação das pessoas que se pretende liderar. Para Maximiano (2007, p. 252) a liderança “... é a realização de uma meta por meio da direção de colaboradores humanos (...). Ocorre quando há líderes que induzem seguidores a realizar certos objetivos (...). É o uso da influência não coercitiva para dirigir as atividades...”.

Segundo Douglas McGregor, a liderança é um processo social complexo que envolve a interação de quatro variáveis: motivação dos liderados; tarefa ou missão; o líder e a conjuntura ou contexto em que ocorre a relação entre líder; e liderados. Os dois estilos básicos de liderança são: autocracia (orientada para a tarefa) e democracia (orientada para as pessoas), que também se desdobram em outros estilos. Não há um estilo que seja mais eficaz que o outro, sendo condicionado pela situação. Logo, surge a liderança situacional com a ideia de que o estilo eficaz tem de ser apropriado à situação. Outros modelos focalizam no tipo de recompensa que o líder oferece: liderança carismática ou transformadora (líder é inspirador, transformador, revolucionário, renovador e agente de mudanças) e a liderança transacional (líder negociador, manipulador e baseado na promessa de recompensas (MAXIMIANO, 2007).

Já Holanda, Marra e Cunha (2014, p. 373) definem a competência de liderança como a “capacidade de influenciar pessoas nas atitudes e nos comportamentos para a execução das tarefas laborais em determinado plano de ação, com uso da melhor estratégia proposta para atingir os objetivos do negócio”.

Para Kurcgant (2016, p. 24), “A liderança vem sendo retomada como ferramenta importante, não só para a organização da assistência, como também para o efetivo gerenciamento do cuidado”.

Já para o desempenho de tarefas gerenciais, consideram-se competências agrupadas em quatro categorias principais: intelectuais (envolvem todas as formas de raciocinar, usadas para elaborar conceitos, analisar, planejar, definir estratégias e tomar decisões); interpessoais (utilizadas para liderar sua equipe, trabalhar com colegas, superiores e clientes, além de se relacionar com todas as outras pessoas); técnicas (produto de alguma forma de aprendizagem e de experiência prévia, são específicas de cada profissão); e intrapessoais (autoanálise, autocontrole, automotivação, autoconhecimento, capacidade de organização pessoal e administração do próprio tempo) (MAXIMIANO, 2007).

Considerando que o Enfermeiro é responsável por sua equipe técnica e que está constantemente envolvido com várias pessoas para executar seus processos de trabalho, é comum a existência de conflitos. Por isso, julgo necessário algumas definições sobre a temática.

Nesse sentido, conflitos são conduzidos por diferenças de objetivos e interesses pessoais. Significam ideias, sentimentos, atitudes ou interesses antagônicos. Não é casual, nem acidental, mas inerente à vida organizacional e ao uso de poder. Ocorre dentro de um contexto de relacionamentos contínuos entre pessoas, grupos e organizações quando uma parte sofre interferência deliberada de outra parte. Existem três condições que tendem a gerar conflitos: diferenciação de atividades (objetivos e interesses diferentes tendem a provocar conflitos); recursos compartilhados e atividades interdependentes. O conflito pode ter resultados construtivos ou destrutivos para as partes envolvidas. Os efeitos potencialmente positivos são: despertar sentimentos e estimular energias, fortalecer sentimentos de identidade, despertar atenção para o problema e testar a balança de poder. Já suas consequências negativas são: desencadear sentimento de frustração, de hostilidade e de ansiedade; aumentar a pressão grupal; levar uma parte a bloquear a atividade da outra parte; e prejudicar o relacionamento entre as partes conflitantes (CHIAVENATO, 2009).

Uma vez que o Enfermeiro é legalmente responsável por sua equipe, é essencial administrar o conflito em serviço. Desta maneira, é essencial saber revolvê-lo. Existem três maneiras de resolução: ganhar/perder (uma parte ganha enquanto a outra perde); perder/perder (ambas as partes abrem mão de alguma coisa); e ganhar/ganhar (as partes

conseguem identificar soluções bem-sucedidas e ambas atingem os objetivos desejados). Nos dois primeiros padrões de resolução, o conflito pode não ter acabado, mas no terceiro padrão de resolução (ganhar/ganhar) o ciclo de continuidade do conflito é interrompido (CHIAVENATO, 2009).

Quando o conflito envolve interesses individuais, são chamados de trabalhistas, que envolvem reivindicações relacionadas às condições legais, econômicas, físicas, sociais e de representatividade de trabalho (CHIAVENATO, 2009).

Após a compreensão desses conceitos, que são fundamentais e devem ser utilizados para o desenvolvimento do trabalho do Enfermeiro, voltando o olhar para o processo de trabalho no momento atual, há muitos enfermeiros assumindo cargos de secretarias de saúde municipais e estaduais, coordenação da Atenção Básica- AB, de UBSs, de equipes de saúde da família, direção de serviços de enfermagem e Atenção Especializada- AE, além do gerenciamento do cuidado. Isso mostra que a formação e a prática possuem enorme diversidade de competências e representam um desafio para a enfermagem (KURCGANT, 2016).

Estudo desenvolvido em hospitais com modelos de gestão distintos (público, privado e terceirizado), sob a organização pós-fordista do capitalismo, mostra que a organização do trabalho da enfermagem, cujo objeto é o cuidado, é fundamentada em fluxo tensionado, ritmo acelerado e sobrecarga na execução das ações de cuidado, e uma das principais consequências negativas é o erro (KURCGANT, 2016).

Considerando o parágrafo anterior, ao citar o erro, é interessante abordar sobre a responsabilidade civil e penal do Enfermeiro. A civil consiste na aplicação de medidas que obriguem uma pessoa a reparar dano moral ou patrimonial, essa reparação requer retratação, ressarcimento ou indenização a alguém. Responsabilidade prevista no Código Civil e no Código de Ética do Profissional de Enfermagem, que prevê a reparação do dano, inclusive podendo ser estendida a toda a equipe. Os tipos de culpa são imprudência, negligência e imperícia. Já a responsabilidade penal consiste no dever jurídico de responder por ação delituosa, no exercício da enfermagem, ocorre quando infringir norma de direito público penal (KURCGANT, 2016).

Kurcgant (2016, p. 189) afirma que "... a responsabilidade profissional vai além da estrita observância da legislação que regulamenta o exercício da profissão, dependendo igualmente de uma atuação consciente, norteadada pela clareza acerca da importância de sua função...".

. A educação na saúde envolve o desenvolvimento de conhecimento para a atuação em saúde, pode ser em duas modalidades: educação continuada e a Educação Permanente em saúde. A Educação Permanente em Saúde- EPS incorpora o ensino a partir de problemas e necessidades emanadas do processo de trabalho em saúde. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde foi instituída no Brasil em 2004. A EPS é a aprendizagem no trabalho, com possibilidade de transformar as práticas (BRASIL, 2018).

Neste estudo, o foco foi as competências para o gerenciamento do cuidado, este compreendido pelo momento em que há articulação entre o processo de trabalho gerencial e assistencial, com a utilização das ferramentas gerenciais já descritas e com a utilização da ferramenta assistencial. E, assim, identificar as principais competências para o desempenho profissional na UPA, cenário que será descrito no próximo capítulo.

3 MOVIMENTO HISTÓRICO-POLÍTICO DO ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS NO ÂMBITO DO SUS

3.1 RAS NO CONTEXTO DO SUS E NO DF

O SUS, compreendido como um conjunto de ações e serviços de saúde, possui objetivos que abrangem desde a identificação de fatores condicionantes e determinantes da saúde, a formulação de política de saúde e a assistência às pessoas por intermédio de diferentes tipos de ações. Essas ações envolvem: vigilância sanitária, epidemiológica, de saúde do trabalhador e assistência terapêutica integral; além de ações em outros campos de atuação. Dentre seus amplos princípios, universalizam o acesso, integram a assistência, incluem a participação da comunidade, regionalizam e hierarquizam a rede de serviços de saúde. Os recursos originam-se do orçamento da seguridade social, com participação dos órgãos da Previdência Social e da Assistência Social, além de outras fontes (BRASIL, 1990).

Incentivado pelo movimento sanitário e aceito na Constituição Federal de 1988, o SUS enfrenta enormes desafios, principalmente, por uma fixação desproporcional de recursos financeiros, mas é interessante destacar que recursos financeiros isoladamente não produzem impactos sanitários satisfatórios, necessita-se também mudanças que atendam às necessidades de saúde dos cidadãos. A situação de saúde brasileira é marcada por transição demográfica acelerada e tripla carga de doenças (infecciosas e carenciais; causas externas e condições crônicas). No sentido de atender a essa demanda, um sistema de saúde fragmentado, voltado somente para o atendimento das condições agudas ou crônicas agudizadas já não está dando certo. Para reestabelecer coerência entre situação de saúde e SUS, envolve a implementação de Redes de Atenção à Saúde- RAS (MENDES, 2011).

Mendes (2011, p. 18) define RAS como “...uma nova forma de organizar o sistema de atenção à saúde em sistemas integrados que permitam responder com efetividade, eficiência, segurança, qualidade e equidade, às condições de saúde da população brasileira”.

Para implementação das RASs são necessárias mudanças radicais no modelo de atenção à saúde praticado no SUS e incremento de recursos alinhados com objetivos

sanitários. Os sistemas integrados propostos pelas RASs prestam cuidado no lugar e no tempo certos, com qualidade e custo certos, com responsabilização sanitária e econômica por uma população adscrita. Seus três elementos constitutivos são: população (atenção baseada na população), estrutura operacional (1. Atenção Primária à Saúde- APS como centro de comunicação das redes; 2. Os sistemas de apoio diagnóstico, terapêutico, farmacêutico e de informação; 3. Os sistemas Logísticos- cartão de identificação, prontuário e sistemas de acesso regulado; 4. Sistema de Transporte em saúde; e 5. O Sistema de governança das redes) e Modelos de Atenção à Saúde (Atenção às Condições agudas e crônicas) (MENDES, 2011).

Esse terceiro elemento constitutivo da RAS, que envolve os modelos de Atenção à Saúde, é dirigido principalmente para o manejo das condições crônicas, mas podem-se considerar também modelos de atenção às condições agudas. Para melhorar a atenção às condições agudas e às agudizações das condições crônicas, é necessária a implantação de redes de atenção às urgências e emergências, de forma efetiva, eficiente e humanizada, distribuindo a pessoa usuária de forma equilibrada nos diferentes pontos de atenção à saúde, seguindo seus riscos. Resume-se que as pessoas usuárias com urgências menores devem ser atendidas na APS, a fim de retirar dos hospitais terciários essa demanda. O modelo de atenção às condições crônicas, orienta a estratificação de riscos, liberando tempo das equipes de APS para atender ações não programadas das urgências menores (MENDES, 2011).

No Distrito Federal, essa nova organização da atenção à saúde, foi deliberada pela Portaria nº 77, de 15 de fevereiro de 2017, principalmente, colocando a APS como porta de entrada preferencial dos usuários, com função principal de resolver a maioria dos problemas de saúde da população. Os princípios da APS envolvem o acesso, a longitudinalidade, a integralidade, a coordenação do cuidado, a centralização na família e a orientação comunitária. A orientação da APS é a Estratégia Saúde da Família- ESF. Assim, a ESF será realizada com base nas diretrizes: acolhimento, classificação de risco, resolutividade, territorialização, adscrição da clientela, garantia de acesso e ordenação da rede de saúde. Nesse contexto, os casos de urgências ou emergências médicas e odontológicas menores serão atendidas primeiramente na Unidade Básica de Saúde- UBS, independentemente de consultas agendadas e realizadas no período. Cabe também a UBS, o contato imediato com outro ponto de atenção à saúde. Desta forma, a APS também faz parte da Rede de Urgência e Emergência (BRASÍLIA, 2017a).

Os modelos de atenção às condições agudas são respostas dos sistemas de atenção à saúde às condições agudas, têm por objetivo, identificar, no menor tempo possível, a gravidade de uma pessoa e definir o ponto de atenção adequado para aquela situação. Para isso, é necessário criar um modelo de triagem único de risco nas redes de atenção às urgências e emergências. No Brasil, o sistema de Classificação de Risco de Manchester tem sido utilizado, cujo estado pioneiro foi Minas Gerais. O objetivo da classificação de risco não é definir diagnóstico, mas determinar a prioridade clínica e facilitar a gestão do serviço (MENDES, 2011).

Então é importante ressaltar que a Resolução nº 423, de 11 de abril de 2012 regulamenta a classificação de riscos como atividade privativa do Enfermeiro, além da priorização da assistência à saúde. A classificação de riscos deve ser executada no contexto do Processo de Enfermagem estabelecido pela Resolução Cofen 358/2009 e precedida pelo acolhimento, conforme estabelece a Política Nacional de Humanização-PNH do SUS (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2012).

No Distrito Federal, a Portaria 418, de 17 de maio de 2018, aprova o protocolo de Acolhimento e Classificação de Riscos nas portas fixas de urgência e emergência do Adulto, como ferramenta de apoio a tomada de decisão clínica e padronização da linguagem. O Acolhimento e Classificação de Risco- ACCR ocorre em cinco etapas: 1ª chegada do usuário, 2ª acolhimento através da escuta ativa qualificada e abertura de ficha de atendimento, 3ª Guia de Atendimento de Emergência- GAE, 4ª Classificação de Risco e 5ª encaminhamento para atendimento médico (BRASÍLIA, 2018).

Mendes (2011, p. 213), reforça sobre “... a necessidade de novo desenho dos fluxos de encaminhamento após a classificação de riscos: (...), definindo modelos de observação de acordo com a gravidade atribuída, (...), modificando os fluxos dos processos de trabalho e mensurando os resultados obtidos”. A atenção às urgências e emergências é focada nos pontos secundários ambulatoriais e hospitalares e no sistema de transporte. A grande diferença entre as redes de atenção às condições crônicas e às condições agudas está no papel da APS e na forma de regulação (MENDES, 2011).

A organização das redes de atenção às urgências e emergências segue os critérios de protocolo único de classificação de risco, fluxos de encaminhamentos bem definidos, com responsabilização coletiva, envolvendo os atores dos serviços (todos os pontos de atenção), estrutura reguladora responsável e envolvida, inclusive, no transporte, compartilhamento de regras e informatização dos processos (MENDES, 2011).

Sumarizo que a RAS é um modelo de atenção à saúde que requer também um profissional com competências técnicas e científicas capazes de resolver às demandas de saúde da população. Na perspectiva da RAS, a APS é a primeira porta de entrada do usuário, cabendo ao profissional de saúde competências capazes de acolher, resolver ou encaminhar o usuário a outro ponto da rede de atenção. Conhecer os principais agravos crônicos e agudos torna-se essencial para identificar, através da classificação de risco, as demandas prioritárias de saúde do usuário.

Compreender os pontos de atenção da RAS e da RUE para o correto encaminhamento é fundamental para proporcionar o atendimento correto da demanda de saúde do usuário.

3.2 UPAS NO CONTEXTO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS- PNAU E DA RAU- REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS

A PNAU foi implementada pela Portaria 1.863/GM, de 29 de setembro de 2003, para implantação em todas as unidades federadas. Naquele momento, composta por sistemas de atenção às urgências estaduais, municipais e regionais. As redes locais regionais de atenção às urgências possuíam os componentes: Pré-hospitalar fixo (UBS, ambulatórios especializados, serviços de diagnósticos e terapias e Unidades não-hospitalares de Atendimento às Urgências); Pré-hospitalar Móvel (SAMU e serviços de salvamento e resgate); Hospitalar; e Pós-hospitalar (atenção domiciliar, hospital-dia e projetos de reabilitação). Outro componente fundamental foi a instalação e operação de Centrais de Regulação Médica das Urgências integradas ao Complexo Regulador da Atenção do SUS (BRASIL, 2003).

No sentido de reformular a Política Nacional de Atenção às Urgências, a Portaria 1.600, de 7 de julho de 2011, instituiu as Redes de Atenção às Urgências- RAU no SUS, com a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde para ampliar e qualificar o acesso aos usuários em situação de urgência e emergência. O Acolhimento com Classificação de Risco faz parte da base e devem ser requisitos de todos os pontos de atenção. Priorizando as linhas de cuidado cardiovascular, cerebrovascular e traumatológica. Seus componentes são: 1. Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde; 2. Atenção Básica em Saúde; 3. SAMU e suas Centrais de Regulação Médica; 4. Sala de

Estabilização- SE; 5. Força Nacional de Saúde do SUS; 6. UPAs; 7. Hospitais e 8. Atendimento Domiciliar (BRASIL, 2011).

Na portaria descrita acima, a UPA é considerada o estabelecimento de saúde de complexidade intermediária entre as UBSs e o Hospital. Deve prestar atendimento resolutivo e qualificado aos casos agudos ou agudizados clínicos e prestar o primeiro atendimento aos casos cirúrgicos ou de trauma, a fim de estabilizar e avaliar necessidade ou não de encaminhamentos para pontos de maior complexidade (BRASIL, 2011).

O Quadro 1 descreve a evolução das Portarias referentes à Política Nacional de Atenção às Urgências no período inicial.

Quadro 1 – Período de implantação da Política Nacional de Atenção às Urgências: Sistemas Estaduais de Referência e SAMU.

Ano	Documento	Descrição
1998	Portaria n. 2.923/1998	Institui o programa de apoio à implantação dos sistemas estaduais de referência hospitalar para o atendimento de urgência e emergência.
1999	Portaria n. 479/1999	Cria mecanismos para implantação dos sistemas estaduais de referência hospitalar em atendimento de urgência e emergências; estabelece a classificação / tipos de hospitais.
1999	Portaria n. 824/1999 (revogada)	Aprova a normatização de atendimento pré-hospitalar; institui a Regulação Médica, funções e competências dos profissionais (médico, enfermeiro, auxiliar, socorrista, telefonista) e programa de capacitação, institui os tipos de ambulância e equipamentos.
2001	Portaria n. 814/2001a (revogada)	Estabelece conceitos, princípios e diretrizes da regulação médica das urgências. Estabelece a normatização dos Serviços de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel de Urgências já existentes, bem como dos que viessem a ser criados no país; propõe a equipe de saúde ("coordenador").
2002	Portaria n. 2.048/2002	Regulamenta o atendimento dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência; estabelece seus princípios e diretrizes; define normas, critérios de funcionamento, classificação e cadastramento dos serviços pré-hospitalar fixos, unidades não hospitalares (24 horas), pré-hospitalar móvel e unidades hospitalares. Processo de capacitação profissional – conteúdos e atividades. Revoga a Portaria n. 814/2001a e inclui diversas orientações constadas nas portarias anteriores.
2003	Portaria n. 1.863/2003 (revogada)	Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências (Pnau), a ser implementada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão (organização das redes locais em seus componentes – pré-hospitalar fixo, pré-hospitalar móvel, hospitalar e pós-hospitalar).

Ano	Documento	Descrição
2003	Portaria n. 1.864/2003	Institui o componente pré-hospitalar móvel como primeira etapa da Pnau, por intermédio da implantação do SAMU; institui o financiamento a custeio de acordo com o porte populacional dos municípios e tipo de equipe (suporte básico, avançado, central de regulação); prevê a possibilidade de planos regionais sob gestão estadual e a do Cosems e a apresentação trimestral de indicadores de desempenho.
2003	Portaria n. 2.072/2003	Institui o Comitê Gestor Nacional de Atenção às Urgências e define suas atribuições e responsabilidades (só institui os representantes e responsabilidades).
2004	Decreto n. 5.055/2004	Institui o SAMU em municípios e regiões do território nacional e estabelece o processo de adesão para esse tipo de serviço
2004	Portaria n. 1.828/2004	Institui incentivo financeiro para adequação da área física das Centrais de Regulação Médica de Urgência em estados, municípios e regiões de todo território nacional; institui o financiamento destinado a custeio e manutenção do componente pré-hospitalar móvel.
2004	Portaria n. 1.927/2004	Estabelece incentivo financeiro (valores) aos estados e municípios qualificados pelo Ministério da Saúde já cadastrados com SAMU para a adequação de áreas físicas das Centrais de Regulação Médica de Urgência no território nacional.
2004	Portaria n. 2.420/2004	Constitui o Grupo Técnico que visa avaliar e recomendar estratégias de intervenção do SUS na abordagem dos episódios de morte súbita.
2004	Portaria n. 2.657/2004	Estabelece as atribuições das Centrais de Regulação Médica de Urgências e o dimensionamento técnico para estruturação e operacionalização das Centrais SAMU
2006	Portaria n. 3.125/2006	Institui o Programa QualiSUS e define competências. Estabelece as diretrizes de estruturação e organização da atenção à saúde nas urgências tendo como foco ações nos componentes pré-hospitalar fixo e hospitalar da Rede de Atenção às Urgências.

FONTE: BRASIL, 2015. (CONASS)

A implantação das UPAs deu-se com a Portaria GM/MS nº 2.922 de 02 de dezembro de 2008 revogada pela Portaria GM/MS nº 1.020 de 13 de maio de 2009. As UPAs chegam para diminuir as filas nas emergências dos hospitais, funcionam 24 horas por dia, todos os dias da semana, e estão relacionadas ao trabalho do SAMU, este organiza o fluxo e encaminha ao serviço mais adequado. Segundo Ministério da Saúde, as UPAs em funcionamento reduzem a demanda hospitalar em 96% (BRASIL, 2015).

O Quadro 2 descreve a evolução das Portarias no Período de Implantação das UPAs.

Quadro 2 – Período de Implantação das UPA.

Ano	Documento	Descrição
2008	Portaria n. 491/2008	Institui a Câmara de Assessoramento Técnico à CGUE/DAE/ SAS/MS, para desenvolvimento de estudos elaboração de descritivos técnicos e termos de referência, voltados aos editais de aquisição de itens relacionados ao SAMU
2008	Portaria n. 2.922/2008 ^a	Estabelece diretrizes para a organização de redes locais/regionais de atenção integral às urgências. Define conceitos, atribuições e requisitos para a implementação das UPAs e salas de estabilização em locais/unidades estratégicas para a configuração dessas redes.
2008	Portaria n. 2.970/2008	Institui diretrizes técnicas e financeiras de fomento à regionalização da Rede Nacional SAMU. Altera o valor do incentivo financeiro estabelecido na Portaria n. 1.864/2003, agora de acordo com o número de profissionais nas centrais de regulação.
2008	Portaria n. 2.971/2008	Institui e implanta o veículo motocicleta – motolância – como integrante da frota de intervenção em toda a Rede SAMU e define critérios e parâmetros para sua aquisição, utilização, financiamento e custeio.
2008	Portaria n. 2.972/2008	Orienta a continuidade do Programa QualiSUS, priorizando a organização e a qualificação de redes locais/regionais de atenção integral às urgências; determina maior investimento na ampliação e/ou na adequação de Unidades Hospitalares, a fim de qualificá-las para que possam compor o desenho de Redes Regionalizadas de Atenção às Urgências, nas áreas de abrangência dos SAMUs.
2009	Portaria n. 1.020/2009 (revogada)	Estabelece diretrizes para a implantação do componente pré-hospitalar fixo – UPA e SE – visando à organização de redes locais/regionais de atenção integral às urgências. Define competências das UPAs, porte (I, II, e III) e os incentivos de acordo com o porte.
2008	Portaria n. 491/2008	Institui a Câmara de Assessoramento Técnico à CGUE/DAE/ SAS/MS, para desenvolvimento de estudos elaboração de descritivos técnicos e termos de referência, voltados aos editais de aquisição de itens relacionados ao SAMU.

FONTE: BRASIL, 2015. (CONASS)

Finalmente, o Quadro 3 descreve a evolução das Portarias no período de atenção às urgências como Rede Prioritária.

Quadro 3 – Atenção às Urgências como Rede Prioritária.

Ano	Documento	Descrição
2011	Portaria n. 1.600/2011	Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde. Define os componentes da Rede (promoção, vigilância, AB, SAMU, SE, Força Nacional de Saúde – pop. Vulneráveis – UPAs, hospitais e atenção domiciliar). Revoga a Portaria n. 1.863/GM/MS de 2003.
2011	Portaria n. 1.601/2011 (revogada)	Estabelece diretrizes para a implantação do componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. Institui o incentivo financeiro e custeio considerando: UPA nova, ampliada e reformada. Revoga a Portaria n. 1.020/2009.
2011	Portaria n. 2.338/2011	Estabelece diretrizes e cria mecanismos para a implantação do componente SE da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Portaria n. 1.600/2011. Fica instituído o investimento para implantação e o custeio mensal a título de participação do Ministério da Saúde.
2011	Portaria n. 2.648/2011	Redefine as diretrizes para implantação das UPAs e do conjunto de serviços de urgência 24 horas em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. Revoga a Portaria n. 1.601/2011.
2011	Portaria n. 2.820/2011 (revogada)	Dispõe sobre o incentivo financeiro de investimento para o Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências.
2011	Portaria n. 2.821/2011 (revogada)	Dispõe sobre o incentivo financeiro de custeio para o Componente UPA 24h e o conjunto de serviços da Rede de Atenção às Urgências em conformidade com a Pnau.
2012	Portaria n. 1.071/2012	Dispõe sobre o incentivo financeiro de investimento para a construção e ampliação no âmbito do componente UPA e do conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Pnau. Revoga a Portaria n. 2.820/2011.
2012	Portaria n. 1.072/2012	Dispõe sobre o incentivo financeiro de custeio no âmbito do componente UPA e do conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Pnau. Revoga a Portaria n. 2.821/2011.

FONTE: BRASIL, 2013. (CONASS)

Com as descrições realizadas, é possível visualizar a descentralização do atendimento às urgências e emergências com o surgimento das UPA no sentido de ampliar a RUE.

Na perspectiva das RAS, e com a organização da RAU, esse atendimento é ainda mais descentralizado ao inserir a APS como porta de entrada e organizadora do fluxo das demandas. O SAMU, que em um momento era tratado como atendimento pré-hospitalar móvel, agora representa também um elo entre pontos da RAU.

Considerando que a UPA será o cenário de desenvolvimento do estudo, faz-se necessário sua melhor compreensão. UPA 24h é definida por estabelecimento de saúde de complexidade intermediária, articulada com a Atenção Básica, SAMU, Atenção Domiciliar e Atenção Hospitalar para melhor funcionamento da RAU. A UPA 24h nova é construída com recursos federais. A UPA 24h ampliada é construída a partir do acréscimo de área com adequação dos estabelecimentos de saúde: Policlínica, Pronto Atendimento, Pronto socorro Especializado, Pronto socorro Geral e Unidades Mistas (BRASÍLIA, 2017b).

Suas diretrizes envolvem o funcionamento ininterrupto em 24 horas, equipe assistencial multiprofissional, acolhimento e classificação de risco. Suas atividades estão voltadas para o acolhimento de pacientes e familiares em situação de urgência e emergência; articulação com os serviços já citados e também com os serviços diagnósticos e terapêuticos, além de outros serviços; atendimento resolutivo e de qualidade; ser local de estabilização de pacientes provenientes do SAMU; realizar consulta médica em regime de pronto atendimento nos casos de menor gravidade, realizar atendimentos e procedimentos médicos e de enfermagem; prestar apoio diagnóstico e terapêutico; e manter os pacientes em observação por até 24 horas para elucidação diagnóstica ou elucidação clínica (BRASÍLIA, 2017b).

O modelo de organização assistencial da UPA exige as seguintes competências de seu gestor responsável: implantar diretrizes de acolhimento e classificação de riscos; adotar protocolos clínicos e procedimentos administrativos; garantir apoio técnico e logístico para o funcionamento; garantir a continuidade do cuidado; registrar obrigatoriamente todos os procedimentos realizados e alimentar o Sistema de Informações Ambulatoriais- SIA/SUS. Caberá ao gestor definir o quantitativo da equipe, considerando as necessidades, as normativas e as resoluções dos Conselhos de Classe (BRASIL, 2017).

São classificadas em Porte I (50 a 100 mil habitantes, com o mínimo de 7 leitos de observação e 2 leitos de sala de urgência), II (100.001 a 200 mil habitantes, mínimo de 11 leitos de observação e 3 leitos de sala de urgência) ou III (200.001 a 300 mil habitantes, com um mínimo de 15 leitos de observação e 4 leitos de sala de urgência),

relacionados à população de abrangência. Assim os recursos são enviados conforme seus portes e a proporção de médicos por turno (BRASIL, 2017).

4 PRESSUPOSTOS

A partir da literatura, as competências do enfermeiro para o gerenciamento do cuidado, além do desempenho assistencial ou atenção à saúde, são: comunicação, tomada de decisão, liderança, trabalho em equipe e administração. O desempenho assistencial corresponde às técnicas e aos procedimentos realizados durante cuidado direto ao paciente, portanto, cuidado fragmentado uma vez que a sistematização da assistência de enfermagem não foi enfatizada como ação *sine qua non*. Tal competência é fundamental para o enfermeiro assistencial, mas as competências gerenciais, que interferem diretamente no cuidado e que são requeridas frequentemente, foram sinalizadas discretamente, por vezes desvalorizada pelos profissionais. Acredito que as competências gerenciais estão presentes nas atividades assistenciais das UPA.

5 MÉTODO

5.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se abordagem qualitativa, com investigação voltada para o campo da Pesquisa Social, modalidade estratégica, para buscar respostas para o objeto de estudo.

Para Minayo (2014, p. 173), “... nada pode ser intelectualmente um problema, se não tiver sido, em primeira instância, um problema da vida prática (...), a escolha de um tema não emerge espontaneamente (...). Surge de interesses e circunstâncias socialmente condicionados, frutos de determinada inserção no real”.

Considerando que a finalidade da investigação é proporcionar uma visão da realidade que é importante para os participantes, e não para o investigador, trata-se de um estudo qualitativo. A crença fundamental desses estudos é a ideia da existência de múltiplas realidades e da criação de significados para os indivíduos estudados. Há um compromisso com o ponto de vista dos participantes (STREUBERT; CARPENTER, 2013).

Definido por Minayo (2014, p.57), “... esse tipo de método que tem fundamento teórico, além de permitir desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares, propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação”. Caracteriza-se pela empiria e sistematização de conhecimento para a compreensão interna de um grupo ou de um processo em estudo.

Pesquisa social são investigações voltadas para o ser humano em sociedade, que nascem da inserção no real. Na área da saúde, trata da investigação da representação do fenômeno pelos vários atores que atuam no campo, incluindo profissionais. Define-se modalidade estratégica quando se orienta para problemas concretos, mesmo que não caibam ao investigador as soluções práticas, mas lança luz sobre determinados aspectos da realidade, apropriada, assim para o conhecimento e a avaliação de problemas e políticas do setor saúde (MINAYO, 2014).

5.2 CENÁRIO DE DESENVOLVIMENTO

O contexto da investigação qualitativa é o campo, lugar onde os indivíduos experimentam a vida, na tentativa de manter os contextos naturais onde os fenômenos ocorrem. Isso exige reciprocidade na tomada de decisão, exige boas competências interpessoais e a capacidade de abdicar do controle (STREUBERT; CARPENTER, 2013).

Para que os objetivos desse estudo fossem atingidos, os cenários de desenvolvimento compreenderam as Unidades de Pronto Atendimento do Distrito Federal, localizadas nas regiões administrativas de Samambaia, Recanto das Emas, São Sebastião, Núcleo Bandeirante, Sobradinho e Ceilândia. Apesar de distantes geograficamente, só assim seria possível visualizar esse serviço. Mas ao iniciar a coleta de dados, os cenários restringiram-se a 3 UPA, devido à saturação teórica.

A caracterização dos cenários já foi descrita no capítulo 3, Movimento Histórico-Político do Atendimento às Urgências e Emergências no Âmbito do SUS, item 3.2, UPA no contexto da Política Nacional de Atenção às Urgências- PNAU e Rede de Atenção às Urgências- RAU.

No momento da coleta de dados, meados de outubro de 2018, não havia mais gerentes de enfermagem para atuar no serviço. A nova proposta seria a presença de um responsável técnico para gerenciar escalas e demandas da equipe de enfermagem, sem nenhuma gratificação pecuniária e com autonomia limitada.

Isso dificultou o processo de abordagem inicial, pois o responsável técnico, nem sempre encontrava-se na unidade. Preferi, antes de iniciar a coleta de dados no respectivo local, expor a proposta da pesquisa para o responsável técnico, a fim de dá ciência e também de facilitar a identificação dos possíveis participantes. Além disso, o responsável técnico da Enfermagem fornecia-me o quantitativo de profissionais e me ajudava na aplicação dos critérios de inclusão, facilitando assim, o contato e o agendamento prévio das entrevistas.

5.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os enfermeiros de Unidades de Pronto Atendimento do Distrito Federal representaram os participantes desse estudo. No início da busca, meados de novembro de 2017, o DF contava com seis unidades em funcionamento, e totalizava-se 115 profissionais Enfermeiros (UPA de Samambaia tinha 24, UPA do Recanto das Emas tinha 22, UPA de São Sebastião tinha 24, UPA do Núcleo Bandeirante tinha 22, UPA de Sobradinho tinha 12 e UPA de Ceilândia contava com 11 enfermeiros servidores lotados nas respectivas unidades).

No momento da coleta de dados, quase um ano depois da primeira consulta, o cenário estava bem diferente, com redução de equipe em alguns locais e aumento em outros.

Desta forma, foram definidos os seguintes critérios de inclusão: Enfermeiros servidores da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal que atuam na área de emergência por mais de dois anos; que exercem carga horária semanal de 40 horas, pois vivenciam com mais intensidade os processos de trabalho no local; e que atuam em todos os setores da UPA (Classificação de Risco, Sala de Estabilização e Sala de Observação).

Os critérios de exclusão foram: Enfermeiros que estão em atividades exclusivamente administrativas ou exclusivamente gerenciais, além dos que estavam em afastamentos legais durante o período de coleta de dados.

Para Streubert & Carpenter (2013, p. 29), “os participantes são selecionados com a finalidade de descreverem uma experiência em que participaram”. Já Minayo (2014 p.197) relata: “pode-se considerar que uma amostra qualitativa ideal é a que reflete a totalidade das múltiplas dimensões do objeto de estudo”.

Assim, Minayo (2014, p. 198) afirma que “a validade da amostra está na sua potencialidade de objetivar o objeto empiricamente, em todas as suas dimensões”.

O início da coleta deu-se em uma UPA que contava com 17 enfermeiros servidores, mas seis exerciam somente 20 horas semanais. Dos 11 restantes, cinco exerciam 40 horas, mas por período inferior a dois anos. Restaram seis participantes que se adequavam aos critérios de inclusão, mas no início do mês de outubro de 2018, três desses estavam de licença médica, férias e licença prêmio. Então, nessa primeira UPA, foram realizadas três entrevistas.

Na segunda UPA, já no início de novembro, contava com 22 enfermeiros, dos quais, seis realizavam 20 horas semanais e 16 realizavam 40 horas semanais. No momento da coleta, dos 16, dois estavam gerenciando exclusivamente as escalas de serviço e cinco estavam em afastamentos legais. Fui informada que um enfermeiro não transitava em todas os setores. Assim, restaram oito enfermeiros com possibilidade de serem entrevistados. Uma dificuldade nesse local foi o fato de quatro dos oito enfermeiros não residirem no DF. Dos oito, consegui realizar seis entrevistas, um participante fez o agendamento, mas quando cheguei no local, a dinâmica do serviço impossibilitou a entrevista e logo depois o possível participante saiu de férias; outro possível participante fez o agendamento, mas não foi possível a execução por motivo de doença.

Enviava previamente mensagem, identificando-me e explicando a proposta. Também perguntava o dia em que o possível participante estaria de plantão para agendar a entrevista. Nenhum profissional recusou-se a participar. Sempre fui bem acolhida e havia um local seguro e disponível para realizar as entrevistas.

Na terceira UPA, após a segunda entrevista, percebi saturação dos dados. Assim, totalizei 11 entrevistas para análise.

Os entrevistados foram chamados sequencialmente de E1 a E11. Todos se enquadravam nas delimitações propostas: realizavam 40 horas semanais no serviço, atuavam na UPA por mais de dois anos e exerciam suas atividades na Classificação de Risco, Sala de Estabilização e Sala de Observação, além de Sala de Medicação e Supervisão de Enfermagem.

A amostragem por saturação foi uma ferramenta utilizada para interromper a captação de novos dados, e se dá quando os dados passam a apresentar, na concepção do investigador, repetição. Assim, só é possível saber o número de entrevistas necessárias quando encontrei categorias que saturam. Representa alternativa para os estudos que possuem população grande. (FONTANELLA et al., 2011).

5.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Foi utilizada entrevista semi-estruturada, assim definida por Minayo (2014, p. 267): “... obedece a um roteiro que é apropriado fisicamente e utilizado pelo pesquisador. Por ter um apoio claro na sequência de questões, a entrevista semi-aberta facilita a abordagem e assegura, sobretudo aos investigadores menos experientes, que suas hipóteses ou seus pressupostos serão cobertos na conversa”.

Para Streubert & Carpenter (2014, p. 37), “as entrevistas não devem ser conduzidas sem preparação adequada e compreensão do processo, da sua intenção e do resultado desejado”.

Dessa forma, o roteiro de entrevista foi estruturado a partir dos conceitos escolhidos no referencial teórico e na revisão integrativa realizada em quatro bases de dados, além disso, houve preocupação constante pela busca por respostas dos objetivos do estudo.

As entrevistas foram gravadas, transcritas e posteriormente analisadas. A transcrição foi realizada pela pesquisadora, com a ajuda de uma aluna de graduação de enfermagem, participante do Programa de Iniciação Científica- PIC da ESCS, pois o projeto de pesquisa foi inserido no programa por meio de edital e contemplado para participação.

A coleta de dados iniciou-se em outubro de 2018 e finalizou em dezembro do mesmo ano. Somente foi iniciada após aprovação do Comitê de Ética da Universidade de Brasília- UnB, Faculdade de Ceilândia- FCE, como instituição proponente, e do Comitê de Ética da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde- FEPECS, instituição coparticipante.

Realizei a coleta de dados nas Unidades de Pronto Atendimento do Distrito Federal, com abordagem clara, objetiva e oportuna.

O locais de realização da entrevistas foram ambientes privativos, busquei salas e consultórios que não estavam sendo utilizados ou que estavam desocupados no momento da coleta de dados. Assim, as entrevistas foram realizadas em ambiente adequado, garantindo a privacidade, após a aceitação do participante, e da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- TCLE; e desde que não prejudicasse o andamento do serviço.

A questão norteadora da entrevista foi: “Descreva-me sobre sua rotina de trabalho durante o plantão, considerando, inclusive, processos e situações que ultrapassam o cuidado direto ao cliente”.

O roteiro de entrevista na íntegra encontra-se nos Apêndice III deste trabalho.

5.5 ANÁLISE DOS DADOS

A análise do material recolhido em campo busca atingir três objetivos: 1- dar resposta às perguntas, hipóteses e pressupostos; 2- ultrapassar o olhar imediato e espontâneo em busca da compreensão de significações e de estruturas de relevantes latentes; e 3- desvendar a lógica interna e subjacente às falas (MINAYO, 2014).

Para dar respostas teórico-metodológicas foi utilizada a análise de conteúdo de Bardin. Para Minayo (2014, p. 304), a análise de conteúdo “...como técnica de tratamento de dados, possui a mesma lógica de tratamento de dados das metodologias quantitativas, uma vez que busca a interpretação cifrada do material de caráter qualitativo”.

A análise de conteúdo parte de uma leitura de primeiro plano das falas e depoimentos, para atingir um nível mais profundo, ultrapassando os sentidos manifestos do material. Todos os procedimentos levam a relacionar estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados e a articular a superfície dos enunciados dos textos com os fatores que determinam suas características: variáveis psicossociais, contexto cultural e processo de produção de mensagem, dando, assim, consistência interna às operações (MINAYO, 2014).

Adotei a técnica de análise temática, que, para Minayo (2014, p. 315), “... consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado”. A análise de conteúdo de modalidade temática desenvolve-se em três etapas. A primeira etapa ou pré-análise é quando ocorre a escolha dos documentos para análise, retomando as hipóteses e objetivos iniciais, pode ser decomposta em leitura flutuante, constituição do corpus e formulação e reformulação de hipóteses e objetivos. A segunda etapa ou exploração de material, o investigador busca encontrar categorias significativas, reduzindo textos a

palavras significativas. A terceira etapa trata dos resultados obtidos e interpretação, quando o analista propõe inferências para realizar as interpretações (MINAYO, 2014).

Assim, a análise exige que o investigador use processos mentais que gerem conclusões e começa quando a coleta de dados inicia, pois necessita ouvir cuidadosamente aquilo que viram, ouviram ou experimentaram para descobrir os significados. Assume a forma de agrupamento de dados semelhantes, designados por temas (unidades estruturais de significado). A finalidade da análise de dados é ilustrar as experiências dos que viveram partilhando a riqueza das mesmas no que se refere às vidas e culturas (STREUBERT; CARPENTER, 2013).

A análise foi realizada sem ajuda de qualquer programa ou software, assim, de forma manual, caracterizou-se por um momento árduo e desafiador, devido ao extenso córpus, e exigiu bastante concentração.

5.6 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi realizado somente após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa-CEP da Universidade de Brasília- UnB, Faculdade de Ceilândia- FCE, como instituição proponente, e da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde- FEPECS, como instituição coparticipante, considerando a resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS), nº 466/2012, que versa sobre ética em pesquisa com seres humanos (BRASIL, 2012).

Parecer UnB, FCE (instituição proponente), nº 2.780.891 aprovado em 23 de julho de 2018, CAAE: 86215518.4.0000.8093. Parecer FEPECS (instituição coparticipante) nº 2.921.932 aprovado em 27 de setembro de 2018, CAAE: 86215518.4.3001.5553. Relatório detalhado do parecer encontram-se no Anexo deste trabalho.

Antes da realização da pesquisa, o participante assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o Termo de autorização para utilização de som de voz para fins de pesquisa, que se encontram no apêndice 1 e 2, respectivamente.

Os participantes foram identificados por letras de E1 a E11 para garantir o sigilo das informações.

Os riscos decorrentes da pesquisa relacionam-se a um possível constrangimento no ato de responder às questões da entrevista, para minimizá-los foi escolhido ambiente

seguro, privativo e protegido junto ao responsável técnico de cada Unidade de Pronto Atendimento, além disso, o participante recebeu todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa.

Existiu ainda o risco da quebra do sigilo e confidencialidade, riscos esses que foram minimizados pela anonimização dos dados, foi assegurado que seu nome não apareceria, sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a). Para garantir a confidencialidade dos seus dados pessoais e proteger a sua privacidade, todas as suas informações pessoais foram anônimas, ou seja, seu nome foi substituído por um código numérico. Seu nome não será identificado em nenhum relatório ou publicação do estudo.

Espera-se com este estudo benefícios diretos para participantes e para as coordenações do serviço das Unidades de Pronto Atendimento no sentido de ter informações mapeadas e estruturadas do processo de trabalho dos enfermeiros, e assim, promover estratégias para melhoria da qualidade do serviço.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta seção, inicialmente apresento a caracterização dos participantes, principalmente, com ênfase no que se refere ao tempo de formação em Enfermagem e atuação profissional em UPA, além de suas trajetórias relacionadas ao conhecimento (pós-graduação). Em seguida, apresento as categorias temáticas que emergiram da análise das entrevistas.

6.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Onze Enfermeiros participaram da investigação, três homens e oito mulheres responderam à entrevista. Reafirmando a atuação ainda predominantemente feminina na profissão.

No Brasil, a força de trabalho da enfermagem é composta por auxiliares e técnicos de enfermagem (80%) e enfermeiros (20%), a maioria é de mulheres (84,6%). Esse perfil vem se mantendo ao longo de décadas (KURCGANT, 2016).

A maioria dos participantes tinha de 30 a 39, somente um tinha 28 anos e outro 50 anos de idade. Isso demonstra profissionais jovens atuando nesses serviços de saúde. Apesar de jovens, o tempo de formação da maioria (sete entrevistados) foi superior a 10 anos, inclusive, um dos participantes tinha 23 anos de atuação como profissional Enfermeiro.

Já o tempo de atuação em UPA variou entre três e sete anos, é importante ressaltar que a maioria (oito participantes) tinha mais de seis anos de desenvolvimento profissional no serviço supracitado. Essa informação é importante para reafirmar que os entrevistados conhecem bem a realidade investigada. A maioria dos entrevistados possui somente um vínculo empregatício, mas três afirmaram mais de um vínculo.

Desta forma, no Quadro 4 sumário essas informações descritas acima.

Quadro 4 – Caracterização do Participantes do estudo.

Participantes	Sexo	Idade	Tempo de Formação	Tempo de Atuação em UPA	Vínculos Empregatícios
E1	F	31	8	6	1
E2	F	39	16	4	1
E3	F	39	18	5	2
E4	M	32	11	6	1
E5	F	31	8	3	1
E6	F	34	11	6	2
E7	F	28	6	6	1
E8	M	37	9	6	1
E9	M	50	23	7	2
E10	F	32	10	6	1
E11	F	38	16	6	1

Considerando que busco competências, os participantes são jovens, mas possuem um bom tempo de formação (média de 12 anos) e carregam bastantes experiências em UPA (moda de seis anos de atuação nesse serviço), quando penso que unidade mais antiga só funciona há 8 anos, pois a primeira UPA do DF foi inaugurada em 15 de fevereiro de 2011. (BRASÍLIA, 2016).

Finalizando a caracterização dos entrevistados, um dado que chamou bastante atenção, foi a pós-graduação dos participantes, somente dois participantes relataram pós-graduação em urgência e emergência, considerando que as UPAs são serviços que atendem urgências e emergências clínicas, seria importante a qualificação profissional específica nessa área.

Seis participantes são pós-graduados em Enfermagem do Trabalho. A diversidade na qualificação dos profissionais pode ser muito importante quando há trabalho em equipe, com troca de saberes e de experiências. Além disso, o dia-a-dia de um pronto socorro é repleto de casos clínicos diferentes.

O Quadro 5 descreve com detalhes essas características dos entrevistados e suas respectivas áreas de conhecimento.

Quadro 5 – Pós-graduação dos Entrevistados.

Entrevistados/Pós-graduação	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11
Enfermagem do Trabalho	X	X		X	X			X		X	
Saúde Pública		X	X								
Segurança do Paciente	X										
Nefrologia		X									
Docência Universitária			X								
Acupuntura			X								
Obstetrícia			X								
Gestão em Saúde						X					
Urgência e Emergência							X	X			
Auditoria									X		
Programa Saúde da Família									X		
UTI											X

Os dados mostram que não foi requerido conhecimento específico quando a equipe de trabalho foi composta. Isso pode representar fragilidade no processo de seleção de servidores para a formação de uma equipe que necessariamente trabalhará com urgência e emergência e necessita desse conhecimento específico para ter atuação assertiva.

6.2 CATEGORIAS DE ANÁLISE

Para as competências para o gerenciamento do cuidado em UPA, considerei; além do papel da UPA, tanto na RAS, como na RUE, seus objetivos e sua missão descritos em marcos regulatórios; o relato do processo de trabalho dos enfermeiros que atuam há mais de dois anos nesse serviço, as atividades do seu dia-a-dia e as situações vivenciadas nessas unidades.

Os profissionais mais adequados para atuar no mercado de trabalho nos dias atuais devem ser transformadores do conhecimento, das habilidades e das atitudes, ou seja, das competências individuais. Para definir as competências individuais, é necessário considerar o contexto organizacional e seus objetivos, além das competências que são próprias do serviço (HOLANDA; MARRA; CUNHA, 2014).

Assim, para identificar as competências para o gerenciamento do cuidado, assim como a relação com as competências descritas nas DCNs, alguns assuntos predominaram nas falas dos entrevistados quando indagados sobre a rotina de trabalho durante o plantão na UPA, como a **comunicação**, fundamental para a resolução das diversas demandas do paciente, da equipe e da unidade; o **desempenho assistencial**, caracterizado pelo cuidado direto, desde a classificação de risco até a Sala de Estabilização, descrita pelos procedimentos e técnicas privativas do Enfermeiro; **a escolha de prioridades**, que reflete as tomadas de decisões de acordo com a gravidade; a **coordenação** da equipe e do cuidado; e a fragilidade na **integração de suas ações com as multiprofissionais**, quando os entrevistados descrevem que o serviço funciona 24 horas, mas não disponibiliza todas as categorias profissionais durante todo esse período, e o Enfermeiro assume várias outras funções que não são dele.

Desta forma, considerando a importância das competências requeridas ao profissional enfermeiro de acordo com as definidas nas DCNs, após a análise aplicada, surgiram oito Categorias Temáticas: 1. Comunicação; 2. Decisões; 3. Intervir no Processo de Trabalho; 4. Trabalho em equipe; 5. Enfrentar situações em constante mudança; 6. Reconhecer a influência das relações de trabalho na saúde; 7. Reconhecer-se como coordenador de trabalho da equipe e do processo de cuidado; e 8. Integrar suas ações com as multiprofissionais.

6.2.1 Comunicação

Essa categoria envolve o que foi reportado como atividades que necessitam de algum tipo de comunicação e foi relatada em todas as falas. Refere-se essencialmente à **passagem de plantão** (oral ou escrita), quando as informações imprescindíveis dos pacientes são repassadas para a continuidade da assistência; a **resolução de pendências** (exames, pareceres, transferências, busca por vagas hospitalares, e outros encaminhamentos), por meio da utilização do telefone, com outros pontos da RAS, com o intuito de atender às necessidades de cada paciente; às **orientações** fornecidas pelo Enfermeiro rotineiramente aos pacientes e aos familiares que chegam à Classificação de Risco, e que não têm previsão de atendimento; e a **comunicação do Enfermeiro com a**

equipe de enfermagem e com a equipe multidisciplinar, quando os entrevistados sentem-se grandes articuladores das informações.

No que se refere à passagem de plantão, os relatos foram:

Quando eu chego no plantão recebo o plantão, recebo caso a caso. É ... leito por leito. (E2)

...passagem de plantão, que seja ela verbal, que seja ela por escrito, existe essa passagem de plantão. (E3)

... assim que a gente chega no plantão, a gente recebe o plantão do colega, é passado todas as pendências, passada a questão de paciente por paciente... (E5)

... a gente tem o nosso caderno de passagem de plantão, que é o mesmo dos relatórios, algumas pessoas utilizam como instrumento de passagem de plantão... (E6)

Já em relação à comunicação com os outros pontos da RAS para resolução de pendências, descreveram o seguinte:

... a gente perde muito tempo nesse contato via telefone... (E1)

... a gente que está na supervisão tem que ligar para pedir pareceres para o caso... (E2)

... tenta-se sim a busca pela resolução desses pacientes por telefone. (E3)

A comunicação do Enfermeiro com o paciente e seu familiar/acompanhante atendido no setor Classificação de Risco, é relatada como uma escuta do profissional e posteriores orientações, principalmente, para aqueles com classificação de risco menores. Abaixo, cito algumas falas:

... quando você realmente atende esse usuário, ouve a sua queixa ou classifica, muitas vezes você dá até o suporte que ele precisa, porque acontece muito de chegar usuário aqui, que a classificação é baixa, verde, azul, depende de pequenas orientações, pequenos ajustes, e durante o dia você consegue referenciar muito esse usuário para o posto de saúde. (E3)

... fazer a Classificação de Risco e orientar ele como ele deve proceder, aonde ele tem que ir, quem ele deve procurar, fazer o encaminhamento quando cabe o encaminhamento, e passar os casos para o médico quando a gente achar que realmente ele precisa ser passado... (E4)

... na Classificação de Risco a gente tenta ajudar ao máximo, com orientação, conversa, que é o que nós acabamos fazendo na maioria das vezes. (E9)

... além de classificar, como os plantões estão muito restritos, laranja e vermelho, eu costumo dá orientações para o paciente, né. (E10)

Já a comunicação entre os diversos profissionais da equipe é relatada como essencial para dá fluidez no processo de trabalho. O Enfermeiro é descrito como um transmissor de informações, conforme os seguintes relatos:

...a enfermagem é muito complexa em relação a essas relações de trabalho, a gente se comunica com todos os setores da UPA, todos mesmo, acho que da porta até os fundos da UPA a gente se comunica com todos os setores e todas as categorias profissionais para gente ter uma boa relação no trabalho e fazer o trabalho fluir melhor. (E1)

...é mediador com a equipe técnica, médica, com a equipe da farmácia, com a equipe do RX, laboratório, então acaba que ele media muitas situações aqui. (E3)

... o enfermeiro tem uma grande responsabilidade, onde ele trabalha demais, e o grande desafio do enfermeiro desse setor, em meu modo de ver, é a comunicação com a equipe de enfermagem. (E8)

Geralmente a gente conversa muito, a equipe médica e de enfermagem e técnico ela é bem alinhada. (E11)

Assim, de acordo com os participantes, as relações humanas são base do trabalho profissional da saúde. O processo comunicativo pode dar-se através da escrita, da fala, das expressões faciais, da audição e do tato. A tarefa principal do profissional é decifrar e perceber o significado da mensagem para estabelecer um plano de cuidados. Através da comunicação efetiva, o enfermeiro pode executar suas ações junto ao paciente, sempre atento à comunicação verbal e não verbal, além da utilização de técnicas adequadas de comunicação interpessoal, esta acontece na interação face a face. (SILVA, 2013)

No capítulo 2 deste trabalho, já descrevi definições e elementos da comunicação. Assim, suas finalidades são: entender o mundo, relacionar-se com os outros e transformar a si mesmo e a realidade, sendo uma atitude criativa. Os principais tipos são: verbais (expressa pela fala ou escrita) e não verbal (o jeito como falamos- paralinguagem, a linguagem do corpo- cinésica, o tocar- tacêtica). Nas relações de trabalho, a comunicação pode envolver a transmissão de mensagens em várias direções (ascendente ou descendente) e de maneira formal (prontuários, relatórios, normas) ou informal. (SILVA, 2013)

Durante a coleta de dados, observei que, dentro do processo de trabalho do Enfermeiro, a comunicação não se limita a troca de informações verbais (oral ou escrita). A apresentação do Enfermeiro varia de acordo com o setor que está escalado (jaleco, roupa privativa, toucas e outros acessórios), reforçando que as características físicas (forma, aparência do corpo e objetos utilizados) são sinais de seu autoconceito e das relações mantidas. Dessa forma, estabelecendo uma comunicação não verbal ao paciente/familiar/membro da equipe de trabalho.

Além disso, algumas unidades têm comunicação sonora (campainhas) e visuais (lâmpada vermelha). Tais alternativas são utilizadas para sinalizar a presença de emergências e também representam um pedido de reforço para toda a equipe, sempre posicionadas em locais estratégicos e implementadas pelo Enfermeiro. O que reforça a presença da comunicação não verbal no dia-a-dia do Enfermeiro e que auxilia diversas situações.

É importante ressaltar que a estrutura histórica da comunicação vem sendo rompida pelas tecnologias de informação e comunicação- TICs, que possibilitam outras formas de interação, o alcance da informação e a transmissão real de informações e mensagens, fornecendo a cada sujeito o mesmo poder de comunicação. Envolve renovação permanente e progressiva de conhecimento para um novo horizonte de trabalho (KURCGANT, 2016).

Nesse contexto, estudos sobre comunicação foram selecionados para fundamentar os achados desta investigação. Assim, pesquisa realizada na emergência de um hospital geral de Curitiba- PR, com o objetivo de apreender a percepção da equipe de enfermagem acerca da comunicação com o paciente com transtorno mental, revela que a comunicação é imprescindível como forma de cuidado, mas a falta de competência em comunicação foi considerada como uma barreira para torná-la efetiva (PAES; MAFTUM, 2013).

Outro estudo realizado em três centros médicos da Coréia do Sul que teve como objetivo relacionar a competência de comunicação com o desempenho de enfermagem em cuidados intensivos, mostrou que a competência de comunicação foi a única preditiva para o desempenho profissional. Além disso, a melhor competência de comunicação foi relacionada com o fator de ser mais velho, ter mais experiência, nível de educação superior e salário mais alto. Uma das sugestões desse estudo é que o treinamento relacionado à comunicação deve ser incluído na educação prática para melhorar a qualidade do cuidado (MONTEZELI; PERES; BERNARDINO, 2013).

Como mostram os estudos, tanto brasileiro, quanto internacional, a comunicação está presente no dia-a-dia do trabalho do Enfermeiro. O estudo brasileiro mostrou ainda que o não desenvolvimento dessa competência é considerada uma barreira para o atendimento, principalmente, quando se trata de pacientes com distúrbios psiquiátricos. Considerando que a UPA faz parte da Rede de Atenção Psicossocial- RAPS, esse perfil de paciente está presente nas urgências e emergências clínicas (MENDES, 2011). Assim, pode representar também uma barreira nesses serviços.

A comunicação deve ser desenvolvida e treinada durante o processo de formação do profissional, principalmente no que se refere às técnicas de comunicação interpessoal, com o uso de metodologias ativas, principalmente, a utilização de aprendizagem baseada em problemas (inclusive problemas assistenciais) e simulação realística em laboratório. Os docentes também têm de se apropriar dessas técnicas, tanto no processo de ensino-aprendizagem, quanto para facilitar o seu dia-a-dia em suas atividades acadêmicas.

No que tange à UPA, sugiro a introdução de TICs, ampliando o acesso às informações do paciente, principalmente, o enfermeiro da classificação de risco, que deveria ter acesso ao e-SUS, software utilizado na Atenção Primária, para verificar se o paciente é cadastrado e a que equipe pertence, além de poder registrar a demanda que o levou à UPA, estabelecendo, assim, comunicação oficial entre esses pontos da RAS. Hoje, o enfermeiro da UPA só tem acesso ao prontuário eletrônico e as informações inseridas não estão registradas no e-SUS.

6.2.2 Decisões

Tomar decisões diz respeito ao que foi mencionado como atividade que é necessário escolher. Essa categoria representa uma competência extremamente presente na rotina dos entrevistados, pois foi observada claramente na fala de oito enfermeiros. Refere-se à **escolha** de qual paciente será atendido, quando o enfermeiro encontra-se na classificação de risco, com restrição de atendimento médico; à **priorização** das atividades mais importantes quando há restrição de recursos humanos, de recursos materiais, e de espaço físico; à **decisão da ordem** das atividades assistenciais do profissional durante o plantão.

A tomada de decisões na classificação de risco é rotina na vida dos entrevistados, pois a maioria dos plantões na UPA tem atendimento restrito à pacientes classificados de laranja e de vermelho. Então, os profissionais têm a responsabilidade de tomar a decisão, amparados pelo protocolo de classificação de risco local, além de seus conhecimentos, de quem será atendido naquele momento, conforme as seguintes falas:

... hoje em dia, a classificação de risco virou, um... não um ordenamento de atendimento por risco, pela gravidade do paciente, mas a gente fica também escolhendo o paciente que vai ser atendido ou não, acho que essa é a questão chave. (E1)

... a responsabilidade, aí vamos colocar entre aspas: “de definir quem...”, porque na visão do paciente, sou eu que estou definindo se ele vai ser atendido ou não, né? (E 10)

Eu acho que a gente peca muito, vira advogado da população mesmo, escolhendo quem vai e quem não vai ser atendido, para mim é muito ruim. (E11)

É também comum, a tomada de decisões, quando há algum tipo de limitação durante o plantão, desta forma, o enfermeiro tem de priorizar o que deve ser feito e fazer

os ajustes e as adaptações necessárias, para tanto deve tomar decisões que podem provocar mudanças no processo de trabalho, conforme os relatos:

... em situações em que a gente tem limitações de recurso da enfermagem a gente dá prioridade na sala vermelha, então a gente remaneja técnicos de enfermagem de outros setores para o suporte na sala vermelha. (E1)
... eu dou prioridade para as pendências, é... se tem paciente para fazer exame, se tem alguma coleta, tipo gasometria que é a gente que faz, você tem que encaminhar, se tem alguma transferência, e... depois dos procedimentos. (E6)
... a gente tem dado uma assistência precária, sem esse equipamento. Quando tem falta, a gente seleciona, qual o paciente mais grave e acaba priorizando. (E11)

As principais características do processo decisório nas UPAS são a rapidez e a possibilidade da tomada de decisão em equipe, conforme descrito nas falas:

... as tomadas de decisões elas têm que ser bem rápidas, porque a gente está numa unidade de pronto-atendimento. É de fundamental importância que essas tomadas de decisão saiam o mais rápido possível e da melhor maneira possível, sempre pensando no bem estar do paciente. (E8)
... esse tempo para essa tomada de decisão, ela não pode demorar, até porque o outro setor está descoberto, o colega está sobrecarregado, então, tem que resolver o mais rápido possível. (E9)
... muitas vezes a decisão nossa, ela anda junto com o médico, para decidir o melhor caminho, o que fazer e isso é feito de uma forma bem tranquila. (E11)

As fases do processo decisório envolvem: percepção do problema e sua definição; coleta de dados (com os envolvidos no problema); análise dos dados; procura de soluções alternativas; escolha ou decisão; implementação e avaliação. As decisões podem ser programadas (quem decide tem informações suficientes para realizar o processo) ou não programadas (as informações são excessivas ou insuficientes, e a capacidade de prever as consequências são limitadas). As técnicas podem ser: tradicionais, principalmente, em decisões não programadas (urgências ou não previstas), caracterizadas por julgamento através de intuição, por regras empíricas e pela aceitação conforme a decisão das chefias; e modernas, para decisões programadas, com a utilização de pesquisa, técnica grupal e processamento de dados. (KURCGANT, 2005)

Muitas decisões no dia-a-dia do indivíduo são automáticas e aleatórias. A necessidade de tomar decisões assertivas no desempenho do trabalho pode ser a chave para o sucesso. Falhas de informação e de formação provocam erros nos processos decisórios. As melhores decisões são tomadas quando se detêm conhecimento dos componentes organizacionais e quando se percorre todas as fases do processo decisório. Caso a situação seja urgente, tende-se a abreviar o processo de definição e explicação, além da busca e escolha de alternativas. (KURCGANT, 2016)

Por muitos anos, os processos de decisão foram baseados em experiências profissionais, opinião de especialistas e teorias fisiopatológicas. A Medicina Baseada em Evidências (MBE) foi criada na década de 1990 com o objetivo de buscar condutas em saúde mais eficientes através da organização de informações mais relevantes. A prática baseada em evidências envolve a integração entre a melhor evidência disponível, a experiência profissional e as características do paciente, assim, o profissional de saúde segue qual a melhor conduta disponível e apropriada, além de permitir a participação do paciente no processo de decisão. A Enfermagem Baseada em Evidências vem crescendo com a criação de entidades e de revistas especializadas. A utilização de princípios da prática baseada em evidências reduz as chances de desfechos ruins, aumenta a eficiência profissional, com menor desperdício de recursos e energia (BORK, 2011).

Com o objetivo de reconhecer os instrumentos gerenciais utilizados como apoio para a tomada de decisão na prática profissional de enfermeiros de um hospital de ensino público em Curitiba- PR, estudo mostrou que o planejamento, os procedimentos operacionais padrão, a administração do tempo, a liderança, a autonomia, a mediação de conflitos e a capacidade de negociação auxiliam o profissional enfermeiro a tomar suas decisões. Esse estudo sugere que as instituições de ensino enfatizem os conhecimentos gerenciais para o desenvolvimento de competências (ALMEIDA et al., 2011).

Já em outro estudo realizado com o objetivo de analisar o modelo de tomada de decisão construído por enfermeiros na perspectiva das teorias de administração, em um hospital do Sul do Brasil, que atende pacientes de média a alta complexidade pelo SUS, apontou que o processo de decisão não é sistematizado e que há um despreparo para decidir (EDUARDO et al., 2015).

Pesquisa internacional corrobora com o estudo anterior, trata-se de um estudo experimental realizado com 95 equipes médicas empregadas em centros de emergência pré-hospitalares na província de Isfahan, no Irã, avaliou o efeito da habilidade de resolver problemas após um curto curso de solução de problemas. Esse estudo mostrou a insuficiente habilidade do pessoal no processo de tomada de decisão e pensamento crítico, e o curso afetou positivamente a capacidade de decisão do pessoal. Assim, recomenda que esse tipo de educação sobre resolução de problemas em vários domínios da medicina de emergência nos serviços de saúde e de ensino. (HEIDARI, SHAHBAZE, 2016).

Apesar da tomada de decisão ser comum na prática assistencial do enfermeiro, os participantes sinalizaram aspectos relacionados a essa competência, não como um processo que envolve etapas, mas como um ação pontual. Em nenhum momento, os

profissionais associaram a tomada de decisões às evidências científicas ou à utilização de protocolos clínicos validados. O único protocolo mencionado foi o da classificação de risco, que no momento da coleta de dados, estava em fase de implementação e os profissionais foram treinados pelos multiplicadores enfermeiros no próprio serviço. As decisões na UPA, por se tratar de serviços de urgência e emergência, são não programadas, e a técnica de tomada de decisões do enfermeiro é a tradicional, baseada em intuições e no empirismo.

De acordo com a fala dos entrevistados, a tomada de decisões na classificação de risco, não deve se limitar à aplicação de um protocolo, principalmente, porque os plantões têm atendimento restrito. Muitas vezes, a classificação atual do paciente é amarela, o que acaba levando-o a desistir do atendimento médico e ir embora porque, naquele momento, não existe previsão, porém, é importante ressaltar que essa classificação tem validade temporal (em minutos) e que o paciente pode evoluir e aumentar seu risco ao longo das horas.

Isso pode expor o Enfermeiro a situações complexas. Então, o profissional da classificação de risco, deve tomar suas decisões a partir da união dos seus conhecimentos e habilidades, da sua experiência clínica, da sua capacidade de coletar informações importantes, de saber ouvir atentamente e unir essas informações com os dados objetivos/subjetivos do paciente (sinais vitais e queixas), não somente se limitando ao protocolo.

Esse resultado, alerta para a necessidade da utilização de evidências científicas para a construção de protocolos locais que auxiliem os profissionais nas suas tomadas de decisões, evitando erros e fortalecendo o cuidado ao paciente. Além disso, minimiza possíveis exposições desses profissionais a situações que impliquem consequências penais e civis.

Durante a formação profissional, a tomada de decisão deve ser vista e desenvolvida como um processo. Os docentes precisam apropriar-se mais dessa temática para buscar estratégias de ensino-aprendizagem para desenvolver essa competência, inclusive com simulações realísticas em laboratório/sala de aula e problematização de situações práticas. Além da utilização da prática baseada em evidências no cotidiano dos estágios e atividades simuladas.

Pensando no serviço da UPA, sugiro cursos de pequena duração, como o que foi realizado na pesquisa do Irã, citado anteriormente, com tema de resolução de problemas. Além de cursos por meio de aplicativos de dispositivos eletrônicos móveis.

6.2.3 Intervir no Processo de Trabalho

Nesse estudo, essa Categoria abrange as descrições das atividades que vão além até da capacidade resolutive a que a UPA foi proposta, de manter pacientes em observação por até 24 horas. Relaciona-se às ações em que o enfermeiro precisa intervir no processo de trabalho para resolver demandas assistenciais que vão além da capacidade da UPA, inclusive em outros pontos da RAS. De acordo com os entrevistados, a UPA possui pacientes internados por período maior, demandando serviços que vão além da capacidade da unidade, assemelhando-se inclusive com serviços hospitalares. Essa Competência de Intervir no Processo de Trabalho para resolver as demandas de cuidado do paciente foi evidente no relato de nove entrevistados, conforme exemplos abaixo:

... o enfermeiro ele conduz muito essa questão da... terapia ao paciente, o tratamento ao paciente, verificando exames, foi solicitado exames que nós temos disponíveis na rede? Nós não temos? O que temos que fazer? (E3)

...como nós estamos diretamente ligados à assistência ao paciente, nós somos os primeiros a identificar o problema, aí damos início ao processo de tentar resolver. (E4)

Para fazer uma gasometria a gente tem que coletar, tem que pedir material, caixa de isopor, térmica, com gelo para o pessoal do laboratório. Tem que pegar o técnico de enfermagem, tem que pegar o condutor, tem que pegar a ambulância, colocar tudo na ambulância, levar para o hospital da Samambaia para fazer uma simples gasometria. (E7).

... todos os tipos de exame, tipo tomografia, é remoção de paciente, contato com o médico, passando situação de exame, tudo isso é feito pelo enfermeiro. (E8)

A ação resolutive tem o objetivo de diminuir o tempo de atendimento do cliente. Assim, elaborar soluções para o atendimento das necessidades do paciente caracteriza-se na competência resolutividade. Surge diante do tratamento das situações com foco em soluções possíveis e não no problema em si (HOLANDA; MARRA; CUNHA, 2014).

Ter essa atitude de intervir no processo de trabalho a que o serviço está proposto para gerenciar o cuidado do paciente da UPA é uma Competência essencial para que as demandas que ultrapassam a capacidade do serviço.

A partir das falas dos entrevistados desta investigação, agir, mesmo diante de necessidades que não podem ser atendidas na unidade e mobilizar recursos para resolução, proporciona resultados que impactam positivamente no tratamento do usuário atendido pela UPA. O profissional enfermeiro não fica indiferente diante de um processo de trabalho que não atende, ou que não corresponde, com a demanda de cuidado do paciente.

Diante destes resultados, a iniciativa e a pro atividade são Competências importantes para realizar intervenções nos processos de trabalho.

Durante a coleta de dados, pude observar avisos de horários de visitas fixados nas portas dos setores (mesmo na sala de estabilização), sinalizações no chão e teto para facilitar o acesso aos diferentes setores da UPA, identificação dos leitos, orientações nas paredes quanto à ordem de chamada na Sala de Medicação e outras intervenções para facilitar o processo de trabalho, atividades implementadas claramente pela equipe de enfermagem. Intervir no processo de trabalho tem forte relação com a comunicação. Apesar de não se tratar de um ambiente hospitalar, durante o trabalho de campo foi possível observar rotinas hospitalares implementadas para atender as necessidades do serviço.

Assim, sugiro que os serviços de pronto atendimento tenham normas, rotinas e procedimentos operacionais padrão- POPs, por escrito, discutidas de forma horizontal, revisadas e aprovadas periodicamente, para facilitar o desenvolvimento do trabalho. É importante ressaltar que esse tipo de intervenção não, necessariamente, é de responsabilidade do gerente da unidade, pois o enfermeiro assistencialista vivencia intensamente a rotina de trabalho de atendimento aos usuários e consegue identificar as lacunas de procedimentos para intervenção.

Voltando o olhar para a graduação, o profissional em processo de formação tem de desenvolver a competência de intervir no processo de trabalho, entendendo que é também de sua responsabilidade como profissional do futuro. Os docentes têm de criar espaços férteis para o ensino-aprendizagem desses aspectos, simulando situações, exercitando a prática de criação de normas, de rotinas e de POPs a fim de organizar o processo de trabalho para melhorar a qualidade do serviço prestado. Afinal, essas atribuições relacionadas à organização e ao planejamento do cuidado são privativas do Enfermeiro conforme a Lei do Exercício Profissional.

6.2.4 Trabalho em equipe

Trabalhar em equipe é uma competência fundamental para diversas classes profissionais, principalmente, a Enfermagem, que possui uma divisão técnica e social do trabalho. Essa categoria retrata a importância do trabalho em equipe na UPA, relatada

claramente por 6 dos entrevistados e considerada também uma fortaleza para o gerenciamento do trabalho do Enfermeiro. Como descrevem as falas abaixo, a equipe envolve a de Enfermagem e a Multiprofissional:

É uma equipe, a gente entra em acordo com a equipe do plantão, laboratório, motorista, técnico, médico, administrativo, para que a gente fale a mesma língua. (E2)

... o enfermeiro é responsável totalmente pela assistência, mas graças a Deus quando a equipe ajuda, Deus ajuda, e a gente consegue ir contornando. (E3)

... e quando a equipe, os membros dessa equipe sentam pra conversar é muito melhor, é muito mais tranquilo (E9)

Minha equipe é muito boa, no geral, então eu acho que dá para você fluir um plantão bem. Pode chegar o que for chegar, as vezes você não tem experiência, mas como a equipe é muito boa, você tem uma sintonia, então acaba que a coisa flui numa boa...(E10)

O trabalho em equipe deve ter um espírito cooperativo que desenvolve ações articuladas na execução de atividades para alcance de objetivos comuns (HOLANDA; MARRA; CUNHA, 2014).

Com a globalização, o trabalho em saúde, sob a forma de prestação de serviços, requer profissionais competentes para trabalhar de modo cooperativo, em times ou equipes. Isso requer fundamentação teórica e prática, mas em referenciais que ainda estão em processo de construção. O desafio consiste em evoluir da equipe agrupamento para a equipe integração. Com o objetivo de nortear a prática e a formação para o trabalho em equipe colaborativo interprofissional, a Canadian Interprofessional Health Collaborative apresenta 6 competências aplicadas a todas as categorias da saúde: comunicação interprofissional, atenção centrada no paciente, clareza de papéis, dinâmica de funcionamento da equipe, liderança colaborativa e resolução de conflitos. Tecer a autonomia dos sujeitos envolvidos, com base na ética da solidariedade é um desafio a ser superado (KURCGANT, 2016).

Os resultados deste estudo, corroboram com estudo realizado em UPAs de Florianópolis- SC, que teve como objetivo compreender a gerência do cuidado de enfermagem, mostrou que o trabalho em equipe facilita o processo de trabalho, além das capacitações e da segurança da equipe diante da presença do enfermeiro (OLIVEIRA et al., 2015).

Assim, converge com outro estudo realizado em serviço de emergência de Hospital Universitário do Sul do Brasil, analisou as estratégias utilizadas pelos enfermeiros para promover o trabalho em equipe, e os resultados apontaram para: articulação das ações profissionais, estabelecimento de relações de cooperação,

construção e manutenção de vínculos amistosos e o gerenciamento de conflitos (SANTOS et al., 2016).

Outro estudo realizado em hospital de natureza jurídica pública, cujo objetivo foi compreender as concepções dos profissionais de enfermagem sobre trabalho em equipe e seus elementos constituintes, mostrou que o trabalho em equipe é uma ação interprofissional e circunscrito à enfermagem. Os elementos constitutivos que qualificam o trabalho em equipe são: a comunicação, a confiança, o vínculo, o respeito mútuo, o reconhecimento do trabalho do outro e a colaboração (SOUZA, et al., 2016).

Os resultados do presente estudo mostraram que o enfermeiro reconhece a importância de cada categoria profissional na equipe da UPA para que os resultados sejam atingidos. Ficou claro também que o profissional identifica o trabalho em equipe como primordial para o gerenciamento do cuidado, como aspecto positivo.

Essa Competência foi facilmente identificada pelos profissionais e precisa ser cada dia mais fortalecida. O Enfermeiro deve proporcionar um clima organizacional que permita o trabalho em equipe, motivar frequentemente seus membros e colaboradores, incentivar e participar ativamente do trabalho em equipe.

No processo de formação, o trabalho em equipe é desenvolvido em diferentes aspectos e momentos, mas o maior desafio na atividade docente é fazer com que a equipe trabalhe em equilíbrio, mesmo diante de tanta diversidade entre seus membros. O estudante deve compreender que, como atividade profissional, o trabalho em equipe faz parte da profissão e que o enfermeiro é protagonista na promoção desse processo. Assim, essas práticas devem ser estimuladas e simuladas em laboratório também.

6.2.5 Enfrentar situações em constante mudança

A própria natureza de serviços de pronto atendimento expõe seus profissionais a mudanças constantes, mas nessa Categoria, o relato dos Enfermeiros está relacionado **capacidade de lidar com o sofrimento, com o estresse e com a frustração** foi destaque porque apareceu em nove relatos.

O profissional da Classificação de Risco, descrito pelos participantes como aquele “que fica na porta da unidade” está mais exposto a essas situações tratadas nesse item. Abaixo destaco algumas falas:

... ele te agride verbalmente, ele te xinga, às vezes você tem ameaça de agressão física. (...) você ver o sofrimento do paciente de estar já peregrinando por vários serviços de saúde e não conseguir atendimento e ele deposita em você aquela esperança de um atendimento e você não corresponde à expectativa dele. Acho que é o mais frustrante. (E1)

...acaba muitas vezes acontecendo ali... ameaças, situações que para o enfermeiro, ele precisa ter uma bagagem emocional e um controle também da sua ética, do seu profissionalismo... (E3)

Há 2 ou 3 dias mesmo, a gente teve um episódio, eu não estava no plantão, mas a gente teve episódios de pacientes que chegaram com acompanhantes agressivíssimos com facas, é... esfaqueando balcão. (E7)

O paciente já chega muito agressivo, então assim, tem que ter um jogo de cintura, assim, uma maneabilidade e pra trabalhar. Mas é um ambiente muito estressante. (E8)

Você está vendo um paciente com dor, você fez um juramento lá e você não pode fazer nada para ajudar o paciente. Então é muito desgastante a porta, nesse sentido, desse estresse. (E10)

É importante ressaltar que essas situações não se restringem a pacientes e acompanhantes. O Enfermeiro também passa por situações inesperadas no relacionamento com outros profissionais da RAS. Assim como descrito no relato abaixo:

... muitas vezes a gente perde o plantão inteiro tentando transferir paciente. Ouve xingamento dos outros profissionais no outro lado da linha, e é muito desgastante isso, acho que é também outra coisa bastante desgastante na... dentro do serviço da UPA. (E1)

Esse resultado corrobora com estudo realizado em hospital regional de referência em urgência e emergência do oeste do Estado Rio Grande do Norte que teve o objetivo de conhecer os tipos de violência e os fatores que contribuem para os atos de violência sofridos pela equipe de enfermagem do acolhimento com classificação de risco. Os resultados mostram que os profissionais sofrem violência por parte dos usuários e de outros profissionais, sendo que predomina a violência verbal. Ainda aponta as seguintes causas para tais comportamentos: a falta de informação do usuário sobre a dinâmica de trabalho nas RAS, a postura profissional (passa uma informação incompleta, não esclarecendo, nem direcionando para outro setor) e a falha na atenção primária (FREITAS et al., 2017).

Outro estudo realizado na emergência de Hospital Universitário de Porto Alegre-RS, com enfermeiros, mostrou que o sofrimento desses profissionais está relacionado com o alto fluxo de pacientes, gerando superlotação e demanda de trabalho elevado, além do sentimento de frustração e insegurança e conflitos entre profissionais (DUARTE; GLANZNER; PEREIRA, 2018).

Estudo realizado na Unidade de Emergência de Hospital Geral no interior da Bahia, que atende cerca de 25 municípios, corrobora com o presente estudo, e teve como

objetivo descrever os fatores estressores para a equipe de enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem), assim identificados: exposição a fatores de risco psicológicos e estresse ocupacional devido à sobrecarga de trabalho, demanda maior do que as condições assistenciais da equipe e número insuficiente de profissionais de enfermagem (AMARAL et al., 2019).

Em Múrcia, na Espanha, estudo avaliou a hostilidade dos usuários de emergência hospitalar com as enfermeiras de serviço público, mostrando que as causas são: atraso no atendimento e da falta de informação. Esse estudo ainda afirma que esses comportamentos hostis dos usuários com os enfermeiros são mais comuns em serviços de emergência do que em outras áreas hospitalares (GALIÁN-MUÑOZ; LLOR-ESTEBAN; RUIZ-HERNÁNDEZ, 2014).

Já estudo com objetivo de conhecer a frequência e a natureza das agressões no Serviço Médico de Emergência de Madri (SUMMA), que direciona os cuidados conforme a necessidade do cliente, e que oferece, inclusive, cuidados domiciliares, contou com amostra de 441 profissionais (médicos, enfermeiros e técnicos em emergência), mostrou que 34,5% dos profissionais receberam agressões físicas (1/3 da amostra) por parte de paciente, acompanhantes ou familiares, com percentual maior em emergências. A principal razão foi o tempo de espera. Esse estudo recomenda a diminuição do tempo de espera e o treinamento dos profissionais para lidar com situações conflitantes (BERNALDO-DE-QUIRÓS et al., 2014).

Pesquisa sobre a percepção do Enfermeiro de uma UPA brasileira, considera a classificação de risco como um instrumento de organização do trabalho que permite um contato mais próximo com os pacientes, a violência não foi relatada como uma dificuldade. Esse estudo mostrou que as habilidades de enfermagem necessárias para esse setor foram identificadas como conhecimento sobre a escala utilizada, perspectiva clínica, paciência e agilidade. As principais dificuldades foram a desorganização da rede de atenção e a falta de conhecimento do protocolo pela equipe de saúde. A classificação de risco, assim, oferece uma oportunidade para a autonomia profissional, na medida em que é o principal responsável pela regulação do atendimento na porta de entrada dos serviços de emergência. (SOUZA et al., 2014).

Outra pesquisa em pronto-socorro de um hospital universitário de Rio Grande do Sul identificou como situações de sofrimento no dia a dia do trabalho da equipe de enfermagem a sobrecarga de trabalho e a falta de recursos materiais, a falta de

reconhecimento e a vivência da morte de pacientes, não relacionando esse sofrimento à situações de violência (MIORIM et al., 2018).

A capacidade de ter atitudes e comportamentos com controle das emoções ao reagir às adversidades ou mudanças no trabalho, sem reprimir suas próprias emoções, mas administrá-las, caracteriza-se como a Competência Equilíbrio Emocional (HOLANDA; MARRA; CUNHA, 2014).

Aprender a lidar com circunstâncias estressantes e se manter profissional mesmo diante de situações inesperadas é essencial em serviços de pronto atendimento. Ser empático com o paciente ou familiar que desrespeita o profissional é um desafio diário.

Assim, o enfermeiro tem de compreender o sofrimento e a angústia do paciente diante da dificuldade e acesso ao serviço de saúde e não pode trocar ofensas e também desrespeitar os usuários. Isso deve ser discutido em reuniões e reforçado constantemente para os profissionais que atuam nessas unidades.

Desta forma, sugiro que no processo de formação, os aspectos éticos devem ser trabalhados intensamente, inclusive em laboratório, com simulação dessas situações tão complexas e desafiadoras.

6.2.6 Reconhecer a influência das relações de trabalho na saúde

Essa Categoria refere-se a presença de conflitos interpessoais como um problema constante no processo de trabalho, principalmente, quando há necessidade de remanejamento de funcionários, relatado por sete entrevistados como situações de desgaste das relações que têm de mediar, conforme as falas abaixo:

... a grande maioria dos conflitos ocorre entre os colegas no próprio setor. Aí a gente vai tentando mediar esse conflito, mas sempre é muito desgastante para todos. (E1)

... se começar uma briga eu tento apaziguar, sabe, eu tento... Então assim, é o meu jeito mesmo. Mas tem gente que é explosiva, que não sabe lidar, tem servidor que discute com paciente, com acompanhante, entendeu, mas, assim, eu tento resolver da melhor maneira. (E5)

... aqui a gente tem conflito demais com a equipe, quando a gente tem que fazer o remanejamento do servidor do setor. (E8)

... muito conflito porque aqui não existe um respeito pela hierarquia, a gente tem uma história de umas falhas administrativas do que eu vejo. São reuniões periódicas muito demoradas para acontecer. As vezes uma única reunião por ano, com técnico, ou uma única reunião por ano com enfermeiros. (E10)

Existem estratégias para administrar conflitos: acomodação (encobrimento do problema), dominação (o poder é levado ao extremo por uma das partes e impõe solução preferida), barganha/compromisso (cada parte cede um pouco) e solução integrativa de problemas (satisfaz exigências de ambas as partes). O processo de negociação envolve: reconhecer a situação sob a ótica dos atores envolvidos, os poderes correspondentes e a comunicação, além do planejamento estratégico. Os principais estilos de negociação englobam: restritivo/duro (coerção, medo e ameaça), ardiloso (adiamento e atraso na negociação), amigável (prioriza objetivos mínimos, cordialidade e flexibilidade), e confrontador (busca da equidade). Existem também estilos para lidar com conflitos: colaborativo, contestador, aceitação, retirada e compromisso. As organizações de saúde têm maior probabilidade de vivenciar essa problemática. Assim, é importante a busca por diferentes campos de conhecimento no trabalho em saúde (KURCGANT, 2016).

O Potencial negociador é uma competência capaz de obter acordos decorrentes de diálogos para que haja equilíbrio dos resultados, conferindo credibilidade a quem dela participa, além de criar bons relacionamentos (HOLANDA; MARRA; CUNHA, 2014).

Pesquisa realizada em hospital da região Sul do Brasil que teve como objetivo conhecer a percepção de enfermeiros sobre gerenciamento de conflitos, concluiu que o gerenciamento de conflitos é uma atividade constante no dia a dia de trabalho e a liderança pode ajudar no seu enfrentamento. Mas os profissionais têm dificuldade de gerenciar conflitos, os que predominam estão voltados ao relacionamento, causados pela falta de continuidade do serviço e excesso de trabalho. O diálogo e a reunião de equipe foram as principais estratégias para resolução desses conflitos (AMESTOY et al., 2016).

Outro estudo, realizado em hospital universitário da região central do Estado do Rio Grande do Sul, teve como objetivo identificar as principais estratégias gerenciais utilizadas e as dificuldades na mediação de conflitos pelo enfermeiro na posição de gerência. As estratégias foram: coparticipação da equipe no processo de decisão, mostrar resolutividade na mediação do conflito, dialogar com a equipe, ser imparcial, priorizar a qualidade do serviço, postura profissional e manejo individual das situações. Dentre as dificuldades para mediação: sensação de impunidade no serviço público, sobrecarga de responsabilidade do enfermeiro, falta de estrutura e capacitação profissional e identificar o papel do enfermeiro no serviço público (LIMA et al., 2014).

Colaborando com os resultados desta pesquisa, que revelou a redistribuição de funcionários como principal causa de conflito, estudo realizado em hospital estadual de cidade no Sul do Brasil revela que o processo de rotação do trabalho é uma estratégia

importante para reduzir conflitos, pois aumenta os conhecimentos e habilidades, proporciona o reconhecimento das atividades realizadas pelos pares e a melhoria das relações interpessoais, além de reduzir a resistência a trabalhar em outros setores. Sugere também que essa proposta seja compartilhada com a equipe antes da sua implementação (PINHATTI et al., 2017).

Os resultados do presente estudo mostram que os conflitos são resultantes das relações interpessoais, causados, principalmente, quando há necessidade de remanejamento de setor, e que estão presentes no ambiente de trabalho das UPAs.

A presença de conflitos é comum dentro das relações de trabalho e devem ser resolvidas pelo profissional responsável um vez que interfere diretamente no resultado final do trabalho. O Enfermeiro, como grande responsável pela equipe de auxiliares e técnicos de Enfermagem, deve mediar e resolver esses conflitos, pois deve ter a capacidade de reconhecer a forte influência das relações interpessoais no ambiente organizacional.

Logo, é importante que os Enfermeiros sejam capacitados para utilizar técnicas de mediação de conflitos no seu dia a dia de trabalho. Durante a graduação, os estudantes devem compreender que as relações interpessoais são capazes de modificar o desenvolvimento do trabalho e se reconhecer como maior responsável para a mediação e resolução. Assim, sugiro a abordagem das principais técnicas de mediação de conflitos por meio de simulação realística e da aprendizagem baseada em problema como estratégias de ensino-aprendizagem para abordagem dessa temática.

6.2.7 Reconhecer-se como coordenador de trabalho da equipe e do processo de cuidado

Dessa maneira é retratado o que foi reportado como atividades que envolvem a coordenação da equipe e o desempenho assistencial. Essa Categoria refere-se a atividade de gerenciamento, assistência direta ao paciente, liderança e educação permanente.

Divide-se em quatro subcategorias: Desempenho Assistencial e Humanização do Cuidado; Gerenciamento; Liderança e Educação Permanente. A alocação desses componentes em uma única Categoria, deu-se por estarem interligados como Competências relacionadas à coordenação e gerenciamento do cuidado.

6.2.7.1 Desempenho Assistencial e a Humanização

Nessa subcategoria, reuni relatos que descrevem as atividades do enfermeiro no cuidado direto ao paciente, incluindo procedimentos como anamnese, exame físico, avaliação de sinais vitais e exames laboratoriais, curativos, cuidados com dispositivos, registros e evoluções de enfermagem e a preocupação com o paciente, considerando que o cuidado humanizado deve estar presente no desempenho assistencial.

Abaixo algumas falas que ilustram as principais atividades realizadas no processo de trabalho do enfermeiro e que retratam a competência do desempenho assistencial:

... o paciente mais grave e que requer cuidados mais rápidos, mais específicos, mais é realmente do Enfermeiro. (E1)

Avalia paciente um por um, exame físico, exame clínico, laboratorial, faz investigação de prontuário, anamnese. Evolui este paciente. O cuidado de tentar produzir um ambiente que seja seguro, que tenha privacidade, ali a gente tem a questão das cortinas, um ambiente que imite o dia e a noite para não ter alterações do ciclo circadiano deste paciente, ou tentar desligar as luzes no período noturno. (E3)

... inclusive até demora a nossa triagem do paciente porque a gente tem que aferir todos os sinais vitais, fazer uma consulta de enfermagem mesmo, não é só uma triagem, porque para você falar para o paciente que não tem previsão para atendimento, você tem certeza, tem que ter certeza que pelo menos nos próximos minutos ele não vai piorar. (E6)

... essa movimentação ela é necessária, ela é precisa, devido à falta de servidor na unidade, e é sempre visando o bem do paciente. O enfermeiro classificador ele tem que ser um enfermeiro experiente, ele tem que ser um enfermeiro com vivência da parte assistencial para ele fazer uma ótima classificação e referenciar esse paciente dentro da sua classificação para um atendimento médico. (E8)

Prestar assistência individualizada e assegurar cuidados baseados em saberes científicos próprios e em procedimentos técnicos capazes de atender as necessidades do paciente é a competência de desempenho assistencial (HOLANDA; MARRA; CUNHA, 2014).

Como já mencionado nos pressupostos desse estudo, as tarefas relacionadas ao cuidado direto são facilmente identificadas pelos profissionais, assim os entrevistados reportam-se de forma clara e objetiva. É importante ressaltar que a utilização do processo de enfermagem como ferramenta assistencial não foi mencionado como instrumento sistemático da assistência direta ao paciente.

6.2.7.2 Gerenciamento

Aspectos relacionados ao gerenciamento de materiais, de equipamentos, de recursos humanos e do serviço caracterizam essa subcategoria. Essa competência de gerenciar é fundamental e interfere também na assistência direta ao paciente.

Abaixo, alguns relatos dos entrevistados:

...a gente checa o box de emergência, que é uma das nossas prioridades também, em relação à materiais e aparelhos eletrônicos, porque se chegar alguma emergência nosso box está preparado para receber essas emergências. A gente divide o cuidado dos pacientes pelos técnicos de enfermagem, dependendo do quantitativo de técnico. (E1)

... a gente verifica um ar condicionado defeituoso, um monitor faltando alguma peça, ou que parou de funcionar ou que tá funcionando defeituosamente, a gente pede a manutenção. (E4)

Então a gente fica mais pra administrar tudo, algum problema que surge na Amarela, na Medicação, alguma coisa ou outra e os procedimentos privativos. (E5)

... a gente faz a conferência da equipe, de equipamentos, se estão todos funcionando, se está tudo adequado para o uso (E11)

O enfermeiro tem papel fundamental na determinação do material necessário, na definição das especificações técnicas, na análise da qualidade, no controle e na avaliação, pois gerencia e coordena a atividade assistencial. Assim, deve estar sempre envolvido no gerenciamento de material para garantir a eficácia da assistência. A atuação do enfermeiro no gerenciamento de materiais é inerente aos processos de cuidar e gerenciar (KURCGANT, 2016).

Ser capaz de manter o foco em situações do trabalho que podem realmente ser resolvidas pela interferência do Enfermeiro, que direciona seus esforços para, inclusive, antecipar ações antes que surjam problemas envolve consciência e responsabilidade. Essa competência é a proatividade (HOLANDA; MARRA; CUNHA, 2014).

A proatividade é também necessária diante da limitação de recursos humanos e a necessidade de remanejamento e redistribuição da equipe. Os enfermeiros, que vivenciam o dia a dia da assistência, distribuem o pessoal de acordo com a dinâmica da unidade. Com a incorporação de novas tecnologias (alto custo), a contenção de gastos envolve a diminuição numérica e qualitativa da equipe de enfermagem. Torna-se necessários que os enfermeiros sejam capazes de utilizar métodos de dimensionamento de pessoal adequados para fundamentar e argumentar propostas referentes ao quadro de pessoal (KURCGANT, 2016).

Os entrevistados reconhecem o gerenciamento de recursos humanos e materiais como uma Competência do Enfermeiro e associam a qualidade do cuidado prestado. Como se trata de um serviço de urgência e emergência, a UPA precisa estar sempre pronta para receber o paciente grave e o profissional participante deste estudo identifica facilmente essa necessidade. A proatividade em relação aos recursos materiais e humanos é uma competência fundamental.

Já o estudante de graduação em Enfermagem deve ser motivado a aprender desde a academia a desenvolver o gerenciamento como competência imprescindível e que tem impacto positivo na assistência direta ao paciente.

6.2.7.3 Liderança

A liderança é reconhecida como competência para a fluidez dos processos de trabalho na UPA. Exemplo de algumas falas que se reportam para essa temática:

Isso aqui parece que só gira porque a gente está aqui para tomar frente de tudo. O Enfermeiro que toma frente de tudo. A gente tem que resolver tudo, tudo, tudo, tudo. Nada acontece se a gente não tiver que tomar frente, mas é nada, nada, nada, nada. (E5)

... ele tem que ser um líder, e ele tem que ser um líder nato, porque ele tem que ter o respeito, ele tem que ter a segurança da equipe, entendeu? Até mesmo das ordens que ele tem que passar para sua equipe. (E8)

... se você não tiver uma postura de líder, não souber delegar, não souber orientar também, a coisa corre frouxa. Eles não vão obedecer muito a hierarquia. Então eu acho que precisa sim ser um líder. (E10)

O enfermeiro ele tem que direcionar como as coisas vão acontecer, organização, tem que observar se tudo está sendo feito de forma correta porque a gente sabe que onde não tem uma liderança, as coisas não funcionam e as falhas são grandes. (E11)

A liderança é uma competência, e não um cargo. O mercado de trabalho exige um líder capaz de causar impactos assistenciais. Para isso, é necessário a adoção de um modelo compatível com essa prática. É necessário estimular os pesquisadores em liderança em enfermagem a propor, testar e validar modelos para oferecer evidências de qual modelo é melhor para ser implementado em seus serviços (BALSANELLI, 2017).

Em Temuco, no Chile, estudo com o objetivo de conhecer o modelo de liderança de enfermeiros assistenciais, mostrou que a liderança é considerada essencial, independentemente da idade, área de trabalho, experiência, tipo de organização ou função

que desempenham, porém não existe um estilo claramente definido, que lhes permitam enfrentar novos desafios (CARCAMO-FUENTES; RIVAS-RIVEROS, 2017).

Voltando a atenção para o serviço emergencial, estudo realizado em hospital escola de Curitiba teve como objetivo identificar como os enfermeiros percebem o exercício da liderança em suas práticas. Os resultados mostraram que o líder é considerado referência para a equipe, enfatizam a necessidade de legitimar a posição com conhecimento, e não com autoritarismo, além disso, suas principais atividades no pronto socorro são: planejamento do atendimento, com identificação das prioridades e planejamento do fluxo do setor; rapidez nas decisões; capacidade de gerenciar conflitos; comunicação e humanização (ARASZEWSKI et al., 2014).

6.2.7.4 Educação Permanente

Essa subcategoria reúne falas que retomam a necessidade de cursos e a ausência de Educação Permanente. Destaquei algumas falas para exemplificar:

...o interesse nosso, não dá secretária entendeu? Não é um interesse do administrativo que a gente fique se ausentando para fazer curso. Porque para eles o interessante é a escala estar pronta e a escala estar completa. (E2)
Então a gente tem essa problemática também, da qualificação do profissional, nem sempre é o profissional mais adequado para o lugar que é a emergência. Na unidade o programa de educação continuada não é bem estabelecido. (E3)
Eu acho que é assim de cada profissional, ne? Cada profissional procurar seu curso, que tem interesse, mas, incentivo da UPA, não! (E7)
Mas a gente não tem nenhuma educação continuada. Eu acho que precisaria demais, não só para os enfermeiros, mas para os técnicos também. (E10)

Educação continuada é um processo que cria oportunidade de capacitação e desenvolvimento pessoal e profissional dentro de uma realidade, significa a construção de conhecimentos importantes para a organização, profissão e sociedade, além de apoiar processos de mudança (KURCGANT, 2016).

Estudo realizado em 10 cidades do Rio Grande do Sul, que teve por objetivo evidenciar a incidência de educação permanente em saúde no processo de trabalho de enfermagem, mostrou que as ações educativas são incipientes, estando a educação permanente em plano secundário e, na maioria dos casos, desvinculada do processo de trabalho. Concluindo que para que se obtenham bons resultados, os programas de educação permanente necessitam transpassar o processo de trabalho (SILVA et al., 2016).

Outra pesquisa corrobora com o do parágrafo anterior e teve como objetivo a compreensão dos enfermeiros sobre Educação Permanente em Saúde como ferramenta de gestão, desenvolvida em instituição pública do Estado de Minas Gerais, mostrou que a maioria reconhece a importância, mas relatam incipientes essas práticas, pois são baseadas exclusivamente nas necessidades da gestão (COSTA, 2018).

Na caracterização dos entrevistados, foi possível perceber que não é considerado o tipo de pós-graduação que cada profissional possui para a composição da equipe que atua nas UPAS. Apesar de ser identificada como de extrema importância pelos enfermeiros, os resultados mostram que não existe um programa, nem uma equipe específica de Educação Permanente para as UPAS. O que corrobora com os estudos supracitados.

Assim, a iniciativa e a motivação para a qualificação profissional é individual e não pode ser realizada dentro da carga horária do servidor.

Considerando que o DF possui seis UPAs, e que a partir dos resultados deste estudo não há uniformização de práticas entre tais serviços, é premente a criação de núcleo de educação permanente exclusivo para tratar do treinamento dos profissionais que atuam nesses serviços. Os resultados do presente estudo mostraram que a qualificação e a atualização profissional depende somente da motivação individual. Dessa forma, inferiu-se que muitos enfermeiros têm formação especializada em outras áreas, e que somente dois são pós-graduados em urgência e emergência. Assim, seria possível realizar cursos, com a participação de profissionais das seis UPAs, e a formação de multiplicadores, minimizando inclusive impactos na escala de serviço, pois não seriam deslocados todos os servidores, já que a multiplicação do conteúdo aconteceria em serviço.

6.2.8 Integrar suas ações com as multiprofissionais

Essa Categoria retoma as falas em que os entrevistados relataram que realizam a função de outros profissionais. O enfermeiro deve conduzir o trabalho da equipe de enfermagem e integrar suas ações com as dos outros profissionais, pois, como já foi descrito, é o primeiro a identificar as demandas dos pacientes e do serviço e é o grande articulador das informações.

Porém, os resultados do presente estudo mostram que o Enfermeiro assume o papel e/ou algumas responsabilidades dos outros profissionais como nutricionista, técnico de laboratório, médico, técnico administrativo e assistente social, claramente nas falas a seguir:

... muitas vezes, alguns plantões a gente não tem nutricionista no plantão, então a gente tem que chegar e falar diretamente com a copeira. Tem que sair correndo atrás de dieta do paciente e acaba que a gente abraça também mais essa função. (...) as vezes nos coletamos exames, quando falta pessoal do laboratório, a gente pactua para coletar pelo menos dos pacientes internados, abraçamos também essa função. (E1)

... muitas vezes o médico não tem visto os resultados de exames, ai tem que olhar se foi visto o resultado de exame ou não, se este paciente está evoluindo ou não, se a medicação tá tendo resultado ou não. (E2)

...somos procurados enquanto supervisores por situações que não são da nossa função, ultrapassam a questão da supervisão de enfermagem especificamente, você vai além... A farmácia não é aberta durante a noite, então a gente faz essa tentativa de resolução. Muitas vezes você descobre paciente depressivo, paciente que precisa de acompanhamento social, e quem faz essa mediação principalmente é o enfermeiro, porque nós não temos um serviço social de rotina aqui (E3)

Paciente foi a óbito, remoção de corpo, muita das vezes, quando a gente não tem plantonista administrativo, quem tem que resolver é o enfermeiro. (...) A gente sempre está dando um jeitinho, a gente está sempre além das nossas atribuições porque se não, o sistema também não funciona, porque a gente fica com a assistência ao paciente 24 horas por dia. E essa assistência é interrompida, pelo menos na nossa parte da enfermagem. Em outros setores, às vezes não tem um profissional ali que a gente precisa, principalmente nos plantões noturnos, finais de semana, feriado. (E8)

... no noturno, a responsabilidade é toda do enfermeiro aqui na UPA. Se falta alguém do laboratório e precisa encaminhar amostra, se falta alguém da GAE, querem que eu libere técnico... (E10)

Esse foi realmente um resultado não esperado e preocupante, porque além de provocar uma sobrecarga do enfermeiro envolve também questões legais, expõe o profissional a erros e a negligência de paciente em virtude da resolução de outras atribuições que não lhes competem. Este movimento ainda suscita a possibilidade de os enfermeiros não terem tempo hábil para desempenharem suas ações privativas, como não aplicar/usa a sistematização da assistência de enfermagem.

Foi perceptível na fala dos entrevistados que a UPA funciona ininterruptamente, no entanto existem categorias profissionais necessárias nessas 24 horas de funcionamento, como nutricionista e assistente social, quem não permanecem 24 horas no serviço. Os pacientes permanecem por mais de 24 horas e criam demandas e rotinas hospitalares. O enfermeiro, na tentativa de resolver, de ajudar o paciente, realiza a função do outro. Outro fato interessante e surpreendente foi a realização da atribuição extraprofissional como atividade rotineira. Somente um dos entrevistados relatou impor-se e não resolver o que não é de sua atribuição.

Sugiro diagnóstico situacional de enfermagem para que sejam levantados esses problemas. Além disso um planejamento estratégico situacional, inclusive com planos de contingência para os finais de semana, feriados e plantões noturnos. Dessa forma, o enfermeiro deve se fortalecer por meio da implementação de fluxos, normas e rotinas por escrito, atualizadas e discutidas em equipe. Para que isso seja possível, sugiro ainda a formação de um grupo de trabalho, composto por profissionais que tenham experiência em UPA, para escrever, discutir, apresentar e formalizar essas ações junto aos gestores. Assim, para respaldar os enfermeiros em situações críticas, como superlotação e restrição de atendimento médico.

Voltando a atenção para o profissional em formação, não deve ser estimulado a assumir a atribuição do outro, mas a integrar as ações a fim de se complementar. As suas atribuições e competências legais devem ser discutidas ao longo do processo de formação, transversalmente. O docente deve reforçar e esclarecer as penalidades civis e penais a que o enfermeiro está sujeito ao executar esse tipo de conduta.

Na perspectiva de atingir os objetivos específicos deste estudo, o Quadro 6 relaciona as principais atividades do enfermeiro da UPA resultantes das entrevistas com as competências requeridas e sugeridas pelas DCNs para a formação profissional:

Quadro 6 – Relação das Competências das DCNs com atividades dos enfermeiros participantes.

Competências específicas DCN	Atividades Identificadas no Processo de Trabalho do Enfermeiro na UPA
Comunicação	Passagem de Plantão
	Resolução de Pendências
	Orientações Enfermeiro-Paciente
	Comunicação Enfermeiro- Equipe de Enfermagem e Equipe Multiprofissional
Decisão	Classificação de Risco
	Priorização de atividades gerenciais importantes
	Ordenar atividades assistenciais
Intervir no Processo de Trabalho	Resolução de demandas que ultrapassam a capacidade da UPA
Trabalho em Equipe	Articulação Equipe de Enfermagem e Multiprofissional
Enfrentar situações em constante mudança	Convivência com sofrimento, estresse e frustração
Reconhecer a influência das relações de trabalho em Saúde	Mediação de Conflitos
Reconhecer-se como coordenador de trabalho da equipe e do processo de cuidado	Desempenho Assistencial e a Humanização
	Gerenciamento de materiais, de equipamentos, de pessoas e do serviço
	Liderança
	Educação Continuada
Integrar suas ações com as multiprofissionais	Fragilidade: realização das atividades de outros profissionais

Diante dos resultados desse estudo, além de todo o arcabouço teórico requerido para elaboração desses achados, sumário, no Quadro 7, as principais competências do Enfermeiro para o gerenciamento do cuidado em UPA:

- comunicação que é ferramenta essencial inclusive para o desenvolvimento de outras competências;
- tomada de decisão rápida por se tratar de um serviço de urgência e emergência;
- resolutividade capaz de sanar as demandas e tentar diminuir o tempo de permanência do paciente;
- trabalho em equipe, tanto de enfermagem como a multiprofissional de forma a integração das ações;
- equilíbrio emocional para enfrentar as situações relacionadas à violência, ao estresse e ao sofrimento presentes no dia a dia do enfermeiro;

- mediação de conflitos, principalmente durante o redimensionamento de pessoal por limitação de recursos humanos;
- desempenho assistencial, essencial quando se trata de serviço de pronto atendimento;
- proatividade, capaz de antecipar ações antes do problema, essencialmente quando se refere a recursos materiais e humanos para o atendimento de emergências;
- liderança, competência complexa, que requer outros tipos de competências e é fundamental para o direcionamento do serviço.

Quadro 7 – Competências do Enfermeiro de UPA no DF.

Competências do enfermeiro para gerenciamento do cuidado em UPA
COMUNICAÇÃO
TOMADA DE DECISÃO RÁPIDA
RESOLUTIVIDADE
TRABALHO EM EQUIPE
EQUILÍBRIO EMOCIONAL
MEDIAÇÃO DE CONFLITOS
DESEMPENHO ASSISTENCIAL
PROATIVIDADE
LIDERANÇA

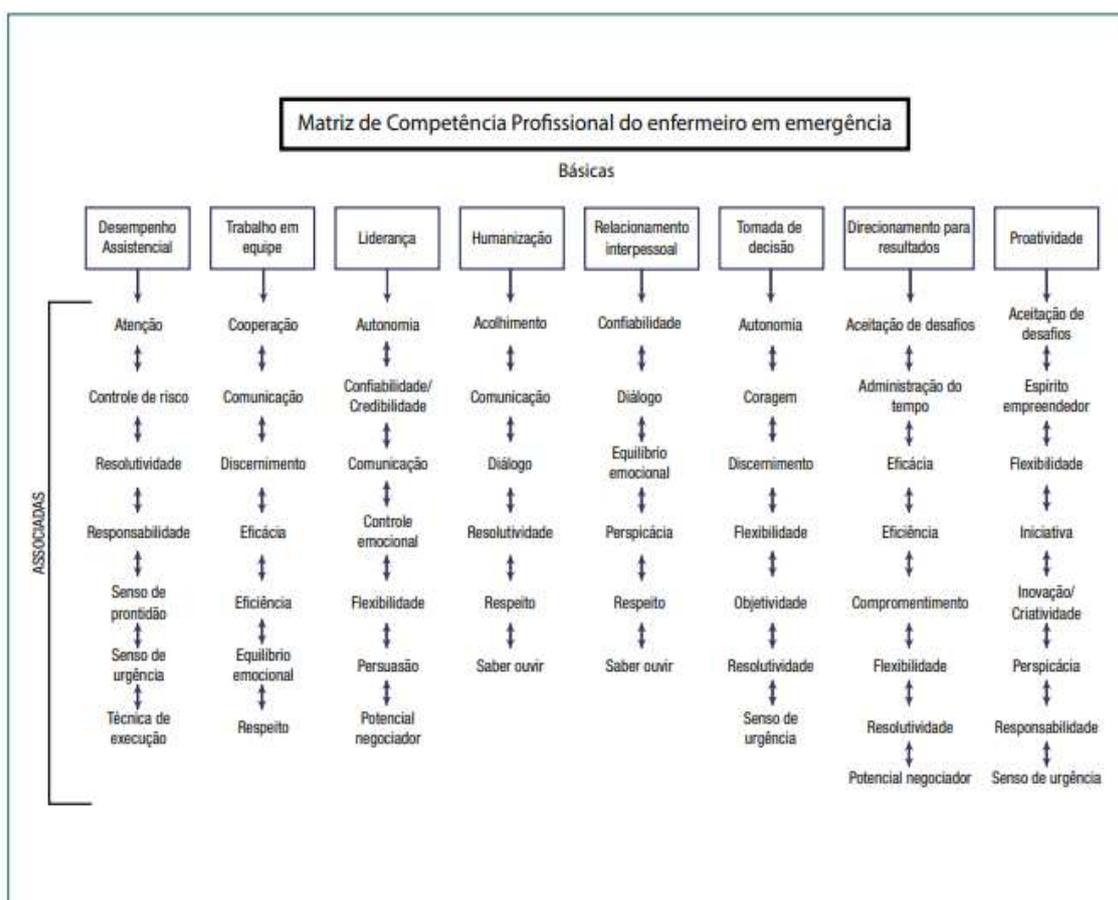
O Quadro 7 mostra as competências requeridas pelo enfermeiro para o gerenciamento do cuidado em unidade de pronto atendimento do Distrito Federal, construída a partir da análise dos resultados.

Esse resultado corrobora com quatro competências de uma matriz de competência profissional para o enfermeiro atuar em serviços de emergências identifica oito competências básicas como: desempenho assistencial, trabalho em equipe, liderança, humanização, relacionamento interpessoal, tomada de decisão, direcionamento para resultados e proatividade. Essa matriz direciona a prática profissional dentro das premissas de qualidade e acesso no atendimento aos usuários. (HOLANDA; MARRA; CUNHA, 2014). Nessa Matriz, figura 1, as Competências Básicas são caracterizadas pela capacidade do profissional enfermeiro de reunir conhecimentos gerais e específicos para desenvolver habilidades e atitudes necessárias para desenvolver o trabalho com valor profissional e social. (HOLANDA; MARRA; CUNHA, 2015).

Quatro achados também estão presentes nas competências associadas da Matriz supracitada, indispensáveis à relação de cada competência básica, identificadas pela mesma Matriz são trinta e uma, e envolvem: acolhimento, administração do tempo;

atenção, autonomia, comprometimento, comunicação, confiabilidade/credibilidade, controle de risco, cooperação, coragem, diálogo, discernimento, eficácia, eficiência, equilíbrio emocional, espírito empreendedor, flexibilidade, iniciativa, inovação/criatividade, objetividade, perspicácia, persuasão, potencial negociador, resolutividade/resolutividade, respeito, responsabilidade, saber ouvir, senso de prontidão, senso de urgência e técnica de execução. O enfermeiro deve estar pronto para enfrentar novos desafios e garantir a qualidade no atendimento com a devida competência (HOLANDA; MARRA; CUNHA, 2014).

Figura 1 – Matriz de competência profissional do enfermeiro em emergências.



Fonte: HOLANDA; MARRA; CUNHA, 2014.

O perfil de competência profissional do enfermeiro em emergências; construído a partir de conhecimentos teóricos, práticos e ampla vivência profissional; com ações caracterizadoras das atitudes e comportamentos essenciais para a prática profissional em nível de excelência, evidenciou três principais estratégias que o sustentam: excelência

operacional, foco nos clientes e entrega de cuidados agregadores de valor ao negócio, ao profissional e ao cliente. (HOLANDA; MARRA; CUNHA, 2015).

Após a seleção de alguns estudos relacionados ao assunto, encontrei pesquisa realizada com enfermeiros que ocupam cargos de supervisores assistenciais em hospitais de ensino na capital paranaense buscou identificar as competências gerenciais, e identificou a comunicação, o planejamento, o trabalho em equipe, a administração de conflitos, a liderança, o relacionamento interpessoal, a técnica, a tomada de decisão, o compromisso, a motivação, a facilidade para o desenvolvimento pessoal e profissional. Esse estudo sugere que as estratégias para o desenvolvimento de competências precisam ser reavaliadas e inovadas (LELLI et al., 2012).

Outra pesquisa realizada em hospital universitário de Curitiba- PR, que teve como objetivo identificar as competências gerenciais do enfermeiro do pronto-socorro evidenciou: liderança, tomada de decisão, comunicação, administração do tempo e trabalho em equipe como fundamentais. Esse estudo conclui que essas competências possuem dialogicidade entre si e são mobilizadas de forma hologramática na atuação em um cenário que requer o aspecto técnico como fundamental (MONTEZELI; PERES; BERNARDINO, 2013).

Estudo que analisou os saberes gerenciais do enfermeiro no contexto hospitalar, em três hospitais de um município do Sul de Minas Gerais, com grupos focais, identificou a liderança, a tomada de decisão, a supervisão, o planejamento e a organização como conhecimentos essenciais no desenvolvimento das suas práticas (SOARES et al., 2016).

No interior de São Paulo, pesquisa com enfermeiros de um hospital de grande porte, referência no SUS e que atende pacientes de alta complexidade, mostrou que as competências profissionais dos enfermeiros gerentes são: aquisição de conhecimento, exercício da liderança, tomada de decisões, gerenciamento de recursos, educação permanente e competência interpessoal. Esse estudo sugere que os gestores de saúde considerem essas competências na formação de profissionais (CAMELO et al., 2016).

Os desafios para o desenvolvimento de competências profissionais no processo de trabalho hospitalar, em estudo realizado com enfermeiros egressos de uma instituição de ensino superior pública, são: relacionamento interpessoal conflituoso, restrita experiência profissional, recursos humanos e materiais insuficientes, habilidade técnica limitada e gestão rígida (LEAL et al., 2018).

Identificar as principais competências requeridas para o desenvolvimento do trabalho é de fundamental importância para melhorar a qualidade do serviço, além de direcionar a avaliação de desempenho profissional. As competências devem ser treinadas e fortalecidas em qualquer processo de formação, tanto graduação, como pós-graduação.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os objetivos propostos para esse estudo foram alcançados uma vez que foi possível compreender as competências para o gerenciamento do cuidado do enfermeiro em UPA.

Considerando a importância da Enfermagem na assistência à saúde e no Sistema Único de Saúde- SUS, acredito que este estudo identificou as competências essenciais para o gerenciamento do cuidado de enfermagem em UPA, deu visibilidade ao trabalho gerencial do Enfermeiro, que se inicia no decorrer de seu plantão, além de ter identificado fragilidades que devem ser melhoradas para esse processo.

Ao identificar os desafios vivenciados pelos enfermeiros para gerenciar sua prática, cria-se também a possibilidade de elencar demandas para montagem de Planejamento Estratégico Situacional- PES, além de identificar possíveis lacunas de conhecimento tanto no processo de formação, quanto na formulação de temas para educação permanente.

As categorias temáticas que emergiram das falas dos entrevistados permitiram identificar as seguintes competências: comunicação, tomada de decisões rápidas, resolutividade, trabalho em equipe, equilíbrio emocional, mediação de conflitos, desempenho assistencial, proatividade e liderança como importantes para o desenvolvimento do trabalho do enfermeiro em UPA. Apesar dos resultados apresentados não poderem ser generalizados, possuem sua força de evidência dos lócus em que se encontram essas pessoas.

Um dos resultados não esperados e reportado pelos entrevistados foi a dificuldade de integrar as ações do enfermeiro com as multiprofissionais. Os enfermeiros participantes realizam atividades do nutricionista, do farmacêutico, do assistente social, dentre outros, nas suas respectivas ausências, comum nos plantões noturnos, finais de semana e feriados. Os entrevistados relataram essas ações de forma positiva na perspectiva de ajudar o paciente na resolução de suas necessidades. Esse achado é preocupante, pois pode expor o enfermeiro à implicações legais, além de sobrecarregá-lo.

Considerando a natureza, a missão e os objetivos das UPAS na RUE, descritas a partir de referenciais teóricos como leis, regulamentações, portarias; e os marcos regulatórios da Enfermagem na perspectiva do profissional enfermeiro, além do

gerenciamento do cuidado ser considerado como a articulação de processos assistenciais e gerenciais, as competências para atuar em UPAs são, segundo os participantes deste estudo: escuta sensível no atendimento ao acolhimento e classificação de risco; comunicação efetiva com usuário, equipe de saúde local e profissionais de saúde de outros pontos de atenção da RAS; processo de tomada de decisão rápido na classificação de risco e no manejo de usuários com classificação vermelha e laranja; proatividade para organização de fluxos internos e do processo de trabalho bem definidos de sua equipe para atendimento continuado após classificação de risco; resolutividade ao considerar que os agravos são decorrentes de casos agudos ou crônicos agudizados não resolvidos na APS; mediação de conflitos e situações inesperadas, considerando que o serviço funciona 24 horas por dia, com equipe de enfermagem distribuída entre diferentes setores da unidade e em constante articulação com os profissionais do serviço pré-hospitalar móvel (SAMU e CBM), além da equipe multidisciplinar interna (médicos, nutricionista, assistente social, dentista, farmacêutico, técnicos de enfermagem, de laboratório, de radiologia, administrativo, dentre outros); liderança capaz de estimular o trabalho em equipe, fortalecer as relações no trabalho para influenciar resultados, prover recursos físicos, materiais e de informação; e equilíbrio emocional não somente no sentido de lidar com as ameaças e violências sofridas na classificação de risco, mas também por ser um local onde óbitos são frequentes e há muito sofrimento por parte dos pacientes e familiares.

Apesar de se tratar de estudo qualitativo, optei por descrever quantitativamente o número de participantes em cada categoria para enfatizar que refletiu a realidade dos participantes.

Os achados apontaram para a necessidade de organizar melhor o serviço, por meio da implantação de normas, de rotinas e de procedimentos operacionais padrão, como também de fluxos alternativos para situações frequentes, mas não planejadas oficialmente para o funcionamento de uma UPA, tais como, atendimento médico restrito ou superlotação, ou seja, quando todos os leitos estão ocupados e possui pacientes internados em macas e cadeiras; restrição de recursos humanos por absenteísmo; e nos plantões noturnos, de finais de semana e de feriados. A participação do enfermeiro assistencial, por viver intensamente a rotina do serviço, é fundamental nesse processo de organização. É importante ressaltar que a formação do enfermeiro é norteada pelo desenvolvimento de competências gerenciais, portanto é o profissional indicado para implementação de melhorias administrativas e gerenciais.

O gerenciamento do cuidado do enfermeiro depende de várias competências, que devem ser reforçadas por meio de educação permanente aos profissionais que atuam nesses serviços.

No tocante ao estudante de graduação, este mostra ansiedade para aprender fisiopatologia, semiologia e semiotécnica, mas quando o assunto retoma a gerência, seja da unidade, do serviço ou do cuidado, não sente a mesma empolgação ou interesse devido. A aprendizagem parece não ser tão significativa. Com os resultados do presente estudo, foi possível visualizar os papéis gerenciais do enfermeiro no próprio plantão e não somente ao assumir gerência de unidade ou de serviços.

A limitação do estudo refere-se ao fato de ter seu desenvolvimento numa realidade em que há limitação de recursos humanos, e portanto, que modifica o processo de trabalho proposto pelo Ministério da Saúde para as UPAs, no entanto, os dados são reveladores, uma vez que apontam para aspectos que foram identificados em outros serviços de urgência e emergência, até mesmo em outros países. Apesar de que outros estudos são necessários, já que o objeto de estudo se apresentou mais rico durante o trabalho de campo do que com a aproximação com a literatura pertinente, estes resultados poderão subsidiar reformulações na política nacional de atenção às urgências, ou às intervenções inter-relacionadas a mesma na realidade do Distrito Federal.

Entre as dificuldades para a realização deste trabalho, a distância geográfica entre as UPA representou o primeiro desafio. A coleta de dados foi realizada em três unidades diferentes, o que acarretou dispêndio de tempo para deslocamento. Além disso, mesmo realizando contato prévio com o participante, por se tratar de serviço de urgência e emergência, nem sempre foi possível realizar a entrevista na data e horário marcado em virtude das intercorrências do serviço. Por fim, a não utilização de softwear para a etapa de análise qualitativa também foi uma dificuldade enfrentada, mas proporcionou meu aprimoramento metodológico.

Em contrapartida, nenhum dos enfermeiros recusou-se a participar do estudo, fui bem acolhida em todos os cenários envolvidos, os servidores disponibilizavam sala privativa para a entrevista.

Vale esclarecer que dentre os objetivos específicos, os dados contemplam os desafios e as fortalezas para do desenvolvimento do trabalho dos enfermeiros, foram analisados e auxiliaram na compreensão da realidade estudada, mas serão discutidos em outro momento, por meio de artigo para ampla divulgação.

Por fim, este trabalho permitiu visualizar como o enfermeiro utiliza competências gerenciais para o cuidado assistencial dentro do próprio plantão e da importância de explorar esses aspectos na formação profissional.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M. L. et al. Instrumentos gerenciais utilizados na tomada de decisão do enfermeiro no contexto hospitalar. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. spe, p. 131-137, 2011. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072011000500017>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000500017&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 28 mai. 2019.
- AMARAL, A. P. S. et al. Occupational Stress: the Exposure of an Emergency Unit Nursing Team. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 455-463, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i2.455-463>. Disponível em: <http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6386>. Acesso em: 28 mai. 2019.
- AMESTOY, S. C. et al. Percepção de enfermeiros-líderes sobre o gerenciamento de conflitos no ambiente hospitalar. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 6, n. 2, p. 259-269, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.5902/2179769218167>. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/18167>. Acesso em: 28 mai. 2019.
- ARASZEWSKI, D. et al. O exercício da liderança sob a ótica de enfermeiros de pronto socorro. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 19, n. 1, p. 41-47, 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v19i1.35933>. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/35933>. Acesso em: 28 mai. 2019.
- BALSANELLI, A. P. Liderança em enfermagem: Desafios e possibilidades. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 30, n. 1, p. III-IV, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201700001>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002017000100001&lng=en&nrm=iso.
- BERNALDO-DE-QUIRÓS, M. et al. Agresiones a los profesionales de las urgencias extrahospitalarias de la Comunidad de Madrid. Diferencias entre los servicios de urgencias y los de emergencias. **Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias**, Madrid, v. 26, n. 3, p. 171-178, 2014. Disponível em: <http://emergencias.portalsemes.org/numeros-anteriores/volumen-26/numero-3/agresiones-a-los-profesionales-de-las-urgencias-extrahospitalarias-de-la-comunidad-de-madrid-diferencias-entre-los-servicios-de-urgencias-y-los-de-emergencias/>. Acesso em: 28 mai. 2019.
- BORK, A. M. T. **Enfermagem Baseada em Evidências**. 1. ed. (Reimp). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
- BRANDÃO, H. P. **Mapeamento de competências**: métodos, técnicas e aplicações em gestão de pessoas. 1. ed. São Paulo: Atlas, 2012.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Rede de Atenção às Urgências e Emergências: Avaliação da Implantação e do Desempenho das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs)**. Brasília: CONASS, 2015. 400 p. Disponível em: https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/Conass_Documenta_28.pdf. Acesso em: 28 mai. 2019.

BRASIL. **Decreto nº 5.707, de 23 de fevereiro de 2006**. Institui a Política e as Diretrizes para o Desenvolvimento de Pessoal da administração pública federal direta, autárquica e fundacional, e regulamenta dispositivos da Lei no 8.112, de 11 de dezembro de 1990. Brasília: Presidência da República, 2006a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/decreto/d5707.htm. Acesso em: 28 mai. 2019.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm. Acesso em: 28 mai. 2019.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Brasília: Ministério da Educação, 2001. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>. Acesso em: 28 mai. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 228 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_urgencias.pdf. Acesso em: 28 mai. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_urgencias_3ed.pdf. Acesso em: 28 mai. 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** 1ª ed. rev. Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/dezembro/13/Politica-Nacional-de-Educacao-Permanente-em-Saude.pdf>. Acesso em: 11 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011**. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html. Acesso em: 28 mai. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 10 de 3 de janeiro de 2017**. Redefine as diretrizes de modelo assistencial e financiamento de UPA 24h de Pronto Atendimento como Componente da Rede de Atenção às Urgências, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0010_03_01_2017.html. Acesso em: 28 mai. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2048, de 5 de novembro de 2002**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html. Acesso em: 28 mai. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 342, de 4 de março de 2013**. Redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências, e dispõe sobre incentivo financeiro de investimento para novas UPA 24h (UPA Nova) e UPA 24h ampliadas (UPA Ampliada) e respectivo incentivo financeiro de custeio mensal.

Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0342_04_03_2013.html. Acesso em: 28 mai. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**.

Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 28 mai. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 56 p. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf. Acesso em: 28 mai. 2019.

BRASÍLIA. Governo do Distrito Federal. Administração Regional de Samambaia. **UPA – Unidade de Pronto Atendimento 24 horas de Samambaia**. Samambaia, 2016.

Disponível em: <http://www.samambaia.df.gov.br/2016/08/08/upa-unidade-de-pronto-atendimento-24-horas-de-samambaia/>. Acesso em: 28 mai. 2019.

BRASÍLIA. Secretaria de Estado e Saúde. Portaria nº 386, de 27 de julho de 2017b.

Diário Oficial do Distrito Federal: seção I, Brasília, DF, nº 148, p. 185-189.

Disponível em:

http://www.buriti.df.gov.br/ftp/diariooficial/2017/08_Agosto/DODF%20148%2003-08-2017/DODF%20148%2003-08-2017%20INTEGRA.pdf#page=185.

BRASÍLIA. Secretaria de Estado e Saúde. Portaria nº 418, de 04 de maio de 2018.

Diário Oficial do Distrito Federal: seção I, Brasília, DF, nº 94, p. 10, 17 mai. 2018.

Disponível em: http://www.dodf.df.gov.br/index/visualizar-arquivo/?pasta=2018/05_Maio/DODF%20094%2017-05-2018&arquivo=DODF%20094%2017-05-2018%20INTEGRA.pdf.

Acesso em: 28 mai. 2019.

BRASÍLIA. Secretaria de Estado e Saúde. Portaria nº 77, de 14 de fevereiro de 2017.

Diário Oficial do Distrito Federal: seção I, Brasília, DF, nº 33, p. 4-8, 15 fev. 2017a.

Disponível em:

http://www.buriti.df.gov.br/ftp/diariooficial/2017/02_Fevereiro/DODF%20033%2015-02-2017/DODF%20033%2015-02-2017%20INTEGRA.pdf. Acesso em: 28 mai. 2019.

CAMELO, S. H. H. et al. Competências profissionais e estratégias organizacionais de gerentes de enfermagem. **Ciencia y enfermeira**, Concepcion, v. 22, n. 1, p. 75-86, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532016000100007>. Disponível em: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532016000100007&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 mai. 2019.

CARCAMO-FUENTES, C.; RIVAS-RIVEROS, E. Estilo de liderazgo en profesionales de enfermería según su función en los sectores público o privado en Temuco, Chile, 2015. **Aquichan**, Bogotá, v. 17, n. 1, p. 73-80, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.5294/aqui.2017.17.1.7>. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972017000100073&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 mai. 2019.

CHIAVENATO, I. **Recursos humanos**: o capital humano das organizações. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Lei nº 7498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício profissional da enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 9273, 26 jun. 1986. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1980-1987/lei-7498-25-junho-1986-368005-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acesso em: 28 mai. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN nº 311/2017**. Aprova a reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Brasília: Conselho Federal de Enfermagem, 2017. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3112007_4345.html. Acesso em: 28 mai. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN nº 358, de 15 de outubro de 2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília: Conselho Federal de Enfermagem, 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html. Acesso em: 28 mai. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 423, de 09 de abril de 2012. Normatiza, no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, a participação do Enfermeiro na atividade de classificação de riscos. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 70, p. 195, 11 abr. 2012. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=11/04/2012&jornal=1&pagina=195&totalArquivos=204>. Acesso em: 28 mai. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 2.079/14**. Dispõe sobre a normatização do funcionamento das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) 24h e congêneres, bem como do dimensionamento da equipe médica e do sistema de trabalho nessas unidades. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 2014. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/resolucao2079.pdf>. Acesso em: 28 mai. 2019.

COSTA, M. A. R. et al. Educação permanente em saúde: a concepção freireana como subsídio à gestão do cuidado. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 558-564, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i2.558-564>. Disponível em:

<http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6368>. Acesso em: 28 mai. 2019.

DUARTE, M. L. C.; GLANZNER, C. H.; PEREIRA, L. P. O trabalho em emergência hospitalar: sofrimento e estratégias defensivas dos enfermeiros. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 39, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0255>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472018000100444&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 28 mai. 2019.

EDUARDO, E. A. et al. Análise de modelo de tomada de decisão de enfermeiros gerentes: uma reflexão coletiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 68, n. 4, p. 668-675, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680414j>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000400668&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 mai. 2019.

FONTANELLA, B. J. B. et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 388-394, 2011. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000200020>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000200020&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 28 mai. 2019.

FREITAS, R. J. M. et al. A violência contra os profissionais da enfermagem no setor de acolhimento com classificação de risco. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 38, n. 3, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.03.62119>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472017000300416&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 28 mai. 2019.

GALIÁN-MUÑOZ, I.; LLOR-ESTEBAN, B.; RUIZ-HERNÁNDEZ, J. A. Violencia de los usuarios hacia el personal de enfermería en los servicios de urgencias hospitalarios. **Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias**, Madrid, v. 26, n. 3, p. 163-170, 2014. Disponível em: <http://emergencias.portalsemes.org/numeros-anteriores/volumen-26/numero-3/violencia-de-los-usuarios-hacia-el-personal-de-enfermeria-en-los-servicios-de-urgencias-hospitalarios-factores-de-riesgo-y-consecuencias/>. Acesso em: 28 mai. 2019.

HEIDARI, M.; SHAHBAZI, S. Effect of training problem-solving skill on decision-making and critical thinking of personnel at medical emergencies. **International Journal of Critical Illness and Injury Science**, Bethlehem, v. 6, n. 4, p. 182-187, 2016. DOI: <https://dx.doi.org/10.4103%2F2229-5151.195445>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5225761/>. Acesso em: 28 mai. 2019.

HOLANDA, F. L.; MARRA, C. C.; CUNHA, I. C. K. O. Construção da Matriz de Competência Profissional do enfermeiro em emergências. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 27, n. 4, p. 373-379, 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400062>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002014000400014&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 28 mai. 2019.

HOLANDA, F. L.; MARRA, C. C.; CUNHA, I. C. K. O. Perfil de competência profissional do enfermeiro em emergências. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 28, n. 4, p. 308-314, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500053>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002015000400004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 mai. 2019.

KURCGANT, P. **Administração em Enfermagem**. 1. ed. São Paulo: EPU, 2005.

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

LEAL, L. A. et al. Desafios para desenvolver competências no âmbito hospitalar. **REME – Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 22, 2018. DOI: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20180042>. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1250>. Acesso em: 28 mai. 2019.

LELLI, L. B. et al. Estratégias gerenciais para o desenvolvimento de competências em Enfermagem em hospital de ensino. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 17, n. 2, p. 262-269, 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v17i2.24932>. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/24932>. Acesso em: 28 mai. 2019.

LIMA, S. B. S. de et al. Conflitos gerenciais e estratégias de resolução pelos enfermeiros gerentes. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 4, n. 2, p. 419-428, 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.5902/2179769211888>. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/11888>. Acesso em: 28 mai. 2019.

MAXIMIANO, A. C. A. **Introdução à Administração**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p. Disponível em: <https://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/redesAtencao.pdf>. Acesso em: 28 mai. 2019.

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

MIORIN, J. D. et al. Prazer e sofrimento de trabalhadores de enfermagem de um pronto-socorro. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 27, n. 2, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720180002350015>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072018000200305&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 28 mai. 2019.

MONTEZELI, J. H.; PERES, A. M.; BERNARDINO, E. NURSE MANAGEMENT SKILLS REQUIRED AT AN EMERGENCY CARE UNIT. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 3, p. 245-252, 2013. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2019>. Acesso em: 28 mai. 2019.

MOSSERE, G.; BEGUN, J. W. **Compreendendo o trabalho em equipe na saúde**. 1. ed. Porto Alegre: AMGH, 2015.

OLIVEIRA, R. J. T. et al. Gerência do cuidado de enfermagem em unidades de pronto atendimento. **Investigación y Educación en Enfermería**, Medellín, v. 33, n. 3, p. 406-414, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.17533/udea.iee.v33n3a03>. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072015000300003&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 28 mai. 2019.

PAES, M. R.; MAFTUM, M. A. Comunicação entre equipe de enfermagem e pacientes com transtorno mental em um serviço de emergência. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 12, n. 1, p. 55-62, 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v12i1.15830>. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/15830>. Acesso em: 28 mai. 2019.

PINHATTI, E. D. G. et al. Job rotation of nursing professionals among the sectors of a hospital: a management tool in conflict resolution. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 26, n. 2, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017001180015>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000200305&lng=en&tlng=en. Acesso em: 28 mai. 2019.

SANTOS, J. L. G. et al. Estratégias utilizadas pelos enfermeiros para promover o trabalho em equipe em um serviço de emergência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 37, n. 1, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.01.50178>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000100402&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 28 mai. 2019.

SILVA, L. A. A et al. A educação permanente no processo de trabalho da enfermagem. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, Divinópolis, v. 6, n. 3, p. 2349-2361, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v6i3.1027>. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/1027>. Acesso em: 28 mai. 2019.

SILVA, M. J. P. **Comunicação tem remédio**: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. 9. ed. São Paulo: Editoras Loyola, 2013.

SOARES, M. I. et al. Saberes gerenciais do enfermeiro no contexto hospitalar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 69, n. 4, p. 676-683, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690409i>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000400676&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 28 mai. 2019.

SOUZA, C. C. et al. Percepção do enfermeiro sobre a realização da classificação do risco no serviço de urgências. **Investigación y Educación en Enfermería**, Medellín, v. 32, n. 1, p. 78-86, 2014. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072014000100009&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 28 mai. 2019.

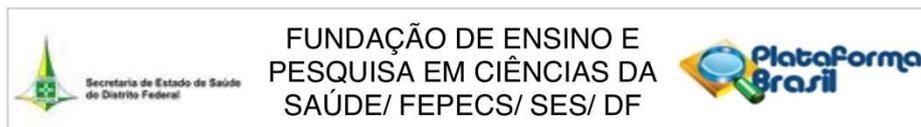
SOUZA, G. C. et al. Teamwork in nursing: restricted to nursing professionals or an interprofessional collaboration? **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 50, n. 4, p. 642-649, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080->

[623420160000500015](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-623420160000500015). Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342016000400642&lng=en&tlng=en. Acesso em: 28 mai. 2019.

SOUZA, M.C. M. R.; HORTA, N. C. **Enfermagem em saúde coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

STREUBERT, H. J.; CARPENTER, D. R. **Investigação Qualitativa em Enfermagem: avançando o imperatismo humanista**. 5. ed. Loures (PT): Lusodidacta, 2013.

ANEXOS

ANEXO I – PARECER CEP FACULDADE DE CEILÂNDIA – UNB
(PROPONENTE)

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: COMPETÊNCIAS PARA GERENCIAMENTO DE ENFERMAGEM EM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

Pesquisador: DOMITILIA BONFIM DE MACEDO MIHALIUC

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 86215518.4.3001.5553

Instituição Proponente: Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.921.932

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de Mestrado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília. SES-DF: coparticipante.

Parecer de aprovação do CEP/UNB Ceilandia: 2.780.891

* Resposta de Pendência: parecer 2.832.717

Objetivo da Pesquisa:

"2.1 OBJETIVO GERAL:

- Compreender competência profissional para o gerenciamento de ações de enfermagem em Unidade de Pronto Atendimento sob a ótica do enfermeiro;

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar as atividades de enfermagem que exigem competências básicas dos enfermeiros em emergências;

- Investigar os principais desafios para o gerenciamento de ações de enfermagem em Unidade de Pronto Atendimento."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

cumprido conforme parecer 2.832.717.

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

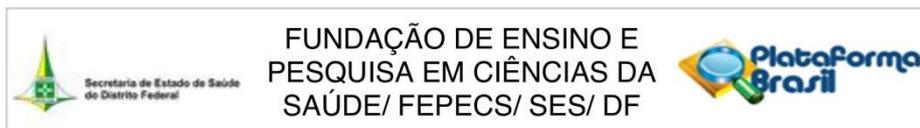
CEP: 70.710-904

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3325-4940

E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.921.932

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Tipo de estudo: estudo descritivo, transversal e qualitativo com análise de conteúdo de Bardin.

"Critério de Inclusão:

Enfermeiros servidores da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal que atuam na área de emergência por mais de 2 anos e que exercem carga horária semanal de 40 horas, pois vivenciam com mais intensidade os processos de trabalho no local.

Critério de Exclusão:

Os critérios de exclusão foram: Enfermeiros voluntários e de contrato temporário, e que estão em atividades exclusivamente administrativas ou exclusivamente gerenciais."

"CENÁRIO DE DESENVOLVIMENTO: os cenários de desenvolvimento compreendem as Unidades de Pronto Atendimento do Distrito Federal, localizadas nas cidades satélites de Samambaia, Recanto das Emas, São Sebastião, Núcleo Bandeirante, Sobradinho e Ceilândia."

"tamanho da amostra: 115 enfermeiros.

"Hipótese:

Como pressuposto, considera-se a dificuldade do Enfermeiro de reconhecer e executar seu papel de gerenciador quando atua em cenários assistenciais, principalmente em emergências."

* A questão norteadora da entrevista será: "Descreva-me sobre sua rotina de trabalho durante o plantão, considerando, inclusive, processos e situações que ultrapassam o cuidado direto ao cliente".

* Cumprida as pendências solicitadas: apresentou metodologia do estudo e o instrumento de coleta de dados. DEFERIDO.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

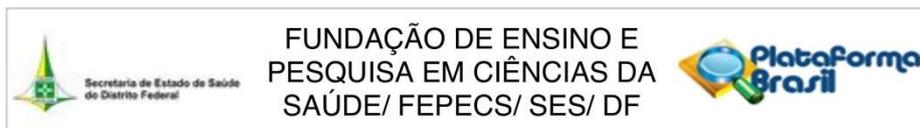
Foram apresentados:

1. carta resposta de pendência - 06/09/2018 10:38:50
2. Instrumento de coleta de dados - 06/09/2018 10:40:11
3. Toda documentação obrigatória apresentada no parecer 2.832.717.
4. Cronograma: coleta de dados - 01/10 a 20/12/18.

Recomendações:

Alterar o contato telefônico do CEP FEPECS no TCLE e/ou outros termos destinados ao participante de pesquisa: 2107-2132 ramal 6878.

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
 Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-904
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3325-4940 E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.921.932

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pendências anteriormente apontadas foram atendidas, projeto aprovado.

O pesquisador assume o compromisso de garantir o sigilo que assegure o anonimato e a privacidade dos participantes da pesquisa e a confidencialidade dos dados coletados. Os dados obtidos na pesquisa deverão ser utilizados exclusivamente para a finalidade prevista no seu protocolo.

O pesquisador deverá encaminhar relatório parcial e final de acordo com o desenvolvimento do projeto da pesquisa, conforme Resolução CNS/MS nº 466 de 2012.

O presente Parecer de aprovação tem validade de até dois anos, mediante apresentação de relatórios parciais, e após decorrido esse prazo, caso necessário, deverá ser apresentada emenda para prorrogação do cronograma.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1184717.pdf	06/09/2018 10:44:08		Aceito
Outros	Instrumento_de_coleta.docx	06/09/2018 10:40:11	DOMITILIA BONFIM DE MACEDO MIHALIUC	Aceito
Outros	carta_resposta_Fepecs.doc	06/09/2018 10:38:50	DOMITILIA BONFIM DE MACEDO MIHALIUC	Aceito
Outros	projeto_final_SET.doc	06/09/2018 10:38:22	DOMITILIA BONFIM DE MACEDO MIHALIUC	Aceito
Declaração de Pesquisadores	cartarespostafepecs.doc	06/09/2018 07:27:25	DOMITILIA BONFIM DE MACEDO MIHALIUC	Aceito
Declaração de Pesquisadores	roteirodeentevista.docx	06/09/2018 07:24:56	DOMITILIA BONFIM DE MACEDO MIHALIUC	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termodecompromissofepecs.pdf	31/07/2018 10:33:32	DOMITILIA BONFIM DE MACEDO MIHALIUC	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	termodeautorizaodesomdevoz.doc	02/07/2018 16:28:21	DOMITILIA BONFIM DE MACEDO MIHALIUC	Aceito

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

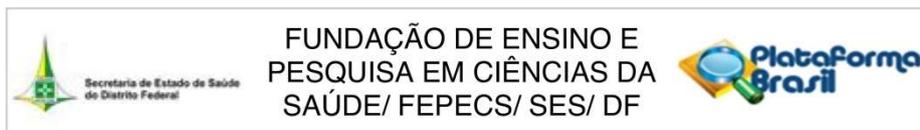
CEP: 70.710-904

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3325-4940

E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.921.932

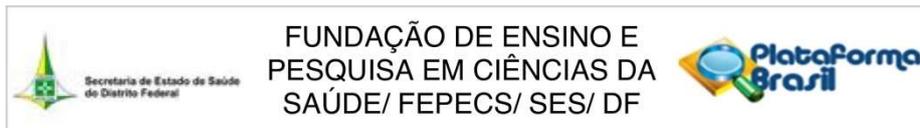
Ausência	termodeautorizaçãodesomdevoz.doc	02/07/2018 16:28:21	DOMITILIA BONFIM DE MACEDO MIHALIUC	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcleversaofinal.docx	02/07/2018 16:27:12	DOMITILIA BONFIM DE MACEDO MIHALIUC	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.docx	02/07/2018 16:26:05	DOMITILIA BONFIM DE MACEDO MIHALIUC	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetodetalhadoajustadoversaofinal.doc	02/07/2018 16:22:53	DOMITILIA BONFIM DE MACEDO MIHALIUC	Aceito
Brochura Pesquisa	Projetodetalhadoajustado.doc	02/07/2018 16:22:37	DOMITILIA BONFIM DE MACEDO MIHALIUC	Aceito
Declaração do Patrocinador	cartaencaminhamentopendencias.doc	05/06/2018 16:00:51	DOMITILIA BONFIM DE MACEDO MIHALIUC	Aceito
Declaração do Patrocinador	cartaencaminhamentopendencias.pdf	05/06/2018 16:00:26	DOMITILIA BONFIM DE MACEDO MIHALIUC	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Domitilia.pdf	22/03/2018 16:02:08	DOMITILIA BONFIM DE MACEDO MIHALIUC	Aceito
Outros	Latteswalterlania.pdf	14/03/2018 09:42:44	DOMITILIA BONFIM DE MACEDO MIHALIUC	Aceito
Outros	Termoderesponsabilidade.pdf	09/03/2018 10:25:43	DOMITILIA BONFIM DE MACEDO MIHALIUC	Aceito
Outros	Cronograma.doc	09/03/2018 10:23:18	DOMITILIA BONFIM DE MACEDO MIHALIUC	Aceito
Outros	Cartadeencaminhamento.pdf	09/03/2018 10:22:43	DOMITILIA BONFIM DE MACEDO MIHALIUC	Aceito
Outros	Termodeanuencia.pdf	09/03/2018 10:21:44	DOMITILIA BONFIM DE MACEDO MIHALIUC	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
 Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-904
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3325-4940 E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.921.932

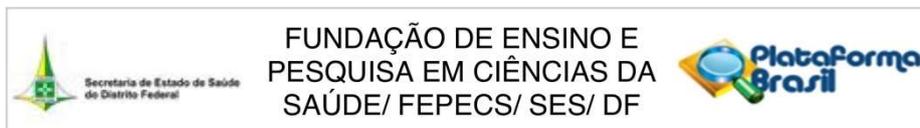
Não

BRASILIA, 27 de Setembro de 2018

Assinado por:
DILLIAN ADELAINÉ CESAR DA SILVA
(Coordenador(a))

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-904
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3325-4940 **E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com

ANEXO II – PARECER CEP DA FEPECS (COPARTICIPANTE)



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: COMPETÊNCIAS PARA GERENCIAMENTO DE ENFERMAGEM EM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

Pesquisador: DOMITILIA BONFIM DE MACEDO MIHALIUC

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 86215518.4.3001.5553

Instituição Proponente: Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.921.932

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de Mestrado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília. SES-DF: coparticipante.

Parecer de aprovação do CEP/UNB Ceilandia: 2.780.891

* Resposta de Pendência: parecer 2.832.717

Objetivo da Pesquisa:

"2.1 OBJETIVO GERAL:

- Compreender competência profissional para o gerenciamento de ações de enfermagem em Unidade de Pronto Atendimento sob a ótica do enfermeiro;

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar as atividades de enfermagem que exigem competências básicas dos enfermeiros em emergências;

- Investigar os principais desafios para o gerenciamento de ações de enfermagem em Unidade de Pronto Atendimento."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

cumprido conforme parecer 2.832.717.

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

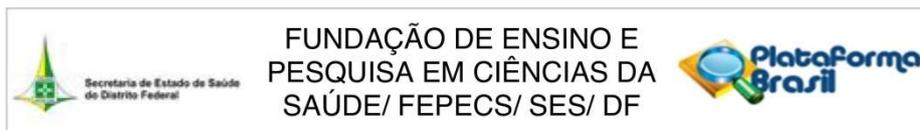
CEP: 70.710-904

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3325-4940

E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.921.932

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Tipo de estudo: estudo descritivo, transversal e qualitativo com análise de conteúdo de Bardin.

"Critério de Inclusão:

Enfermeiros servidores da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal que atuam na área de emergência por mais de 2 anos e que exercem carga horária semanal de 40 horas, pois vivenciam com mais intensidade os processos de trabalho no local.

Critério de Exclusão:

Os critérios de exclusão foram: Enfermeiros voluntários e de contrato temporário, e que estão em atividades exclusivamente administrativas ou exclusivamente gerenciais."

"CENÁRIO DE DESENVOLVIMENTO: os cenários de desenvolvimento compreendem as Unidades de Pronto Atendimento do Distrito Federal, localizadas nas cidades satélites de Samambaia, Recanto das Emas, São Sebastião, Núcleo Bandeirante, Sobradinho e Ceilândia."

"tamanho da amostra: 115 enfermeiros.

"Hipótese:

Como pressuposto, considera-se a dificuldade do Enfermeiro de reconhecer e executar seu papel de gerenciador quando atua em cenários assistenciais, principalmente em emergências."

* A questão norteadora da entrevista será: "Descreva-me sobre sua rotina de trabalho durante o plantão, considerando, inclusive, processos e situações que ultrapassam o cuidado direto ao cliente".

* Cumprida as pendências solicitadas: apresentou metodologia do estudo e o instrumento de coleta de dados. DEFERIDO.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

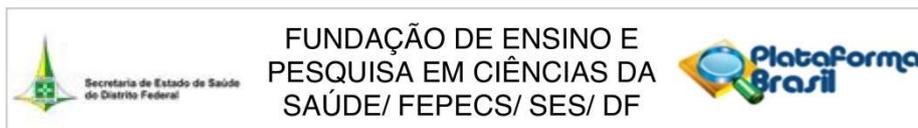
Foram apresentados:

1. carta resposta de pendência - 06/09/2018 10:38:50
2. Instrumento de coleta de dados - 06/09/2018 10:40:11
3. Toda documentação obrigatória apresentada no parecer 2.832.717.
4. Cronograma: coleta de dados - 01/10 a 20/12/18.

Recomendações:

Alterar o contato telefônico do CEP FEPECS no TCLE e/ou outros termos destinados ao participante de pesquisa: 2107-2132 ramal 6878.

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-904
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3325-4940 **E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.921.932

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pendências anteriormente apontadas foram atendidas, projeto aprovado.

O pesquisador assume o compromisso de garantir o sigilo que assegure o anonimato e a privacidade dos participantes da pesquisa e a confidencialidade dos dados coletados. Os dados obtidos na pesquisa deverão ser utilizados exclusivamente para a finalidade prevista no seu protocolo.

O pesquisador deverá encaminhar relatório parcial e final de acordo com o desenvolvimento do projeto da pesquisa, conforme Resolução CNS/MS nº 466 de 2012.

O presente Parecer de aprovação tem validade de até dois anos, mediante apresentação de relatórios parciais, e após decorrido esse prazo, caso necessário, deverá ser apresentada emenda para prorrogação do cronograma.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1184717.pdf	06/09/2018 10:44:08		Aceito
Outros	Instrumento_de_coleta.docx	06/09/2018 10:40:11	DOMITILIA BONFIM DE MACEDO MIHALIUC	Aceito
Outros	carta_resposta_Fepecs.doc	06/09/2018 10:38:50	DOMITILIA BONFIM DE MACEDO MIHALIUC	Aceito
Outros	projeto_final_SET.doc	06/09/2018 10:38:22	DOMITILIA BONFIM DE MACEDO MIHALIUC	Aceito
Declaração de Pesquisadores	cartarespostafepecs.doc	06/09/2018 07:27:25	DOMITILIA BONFIM DE MACEDO MIHALIUC	Aceito
Declaração de Pesquisadores	roteirodeentevista.docx	06/09/2018 07:24:56	DOMITILIA BONFIM DE MACEDO MIHALIUC	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termodecompromissofepecs.pdf	31/07/2018 10:33:32	DOMITILIA BONFIM DE MACEDO MIHALIUC	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	termodeautorizaodesomdevoz.doc	02/07/2018 16:28:21	DOMITILIA BONFIM DE MACEDO MIHALIUC	Aceito

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

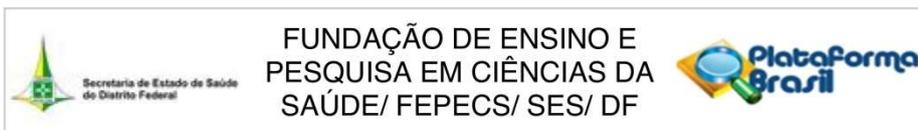
CEP: 70.710-904

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3325-4940

E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.921.932

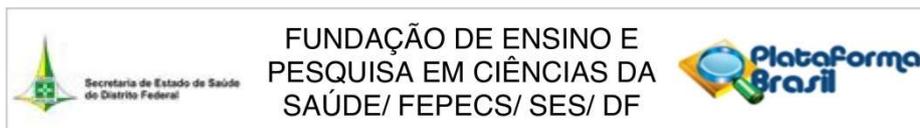
Ausência	termodeautorizaocaodesomdevoz.doc	02/07/2018 16:28:21	DOMITILIA BONFIM DE MACEDO MIHALIUC	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcleversaofinal.docx	02/07/2018 16:27:12	DOMITILIA BONFIM DE MACEDO MIHALIUC	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.docx	02/07/2018 16:26:05	DOMITILIA BONFIM DE MACEDO MIHALIUC	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetodetalhadoajustadoversaofinal.doc	02/07/2018 16:22:53	DOMITILIA BONFIM DE MACEDO MIHALIUC	Aceito
Brochura Pesquisa	Projetodetalhadoajustado.doc	02/07/2018 16:22:37	DOMITILIA BONFIM DE MACEDO MIHALIUC	Aceito
Declaração do Patrocinador	cartaencaminhamentopendencias.doc	05/06/2018 16:00:51	DOMITILIA BONFIM DE MACEDO MIHALIUC	Aceito
Declaração do Patrocinador	cartaencaminhamentopendencias.pdf	05/06/2018 16:00:26	DOMITILIA BONFIM DE MACEDO MIHALIUC	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Domitilia.pdf	22/03/2018 16:02:08	DOMITILIA BONFIM DE MACEDO MIHALIUC	Aceito
Outros	Latteswalterlania.pdf	14/03/2018 09:42:44	DOMITILIA BONFIM DE MACEDO MIHALIUC	Aceito
Outros	Termoderesponsabilidade.pdf	09/03/2018 10:25:43	DOMITILIA BONFIM DE MACEDO MIHALIUC	Aceito
Outros	Cronograma.doc	09/03/2018 10:23:18	DOMITILIA BONFIM DE MACEDO MIHALIUC	Aceito
Outros	Cartadeencaminhamento.pdf	09/03/2018 10:22:43	DOMITILIA BONFIM DE MACEDO MIHALIUC	Aceito
Outros	Termodeanuencia.pdf	09/03/2018 10:21:44	DOMITILIA BONFIM DE MACEDO MIHALIUC	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
 Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-904
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3325-4940 E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.921.932

Não

BRASILIA, 27 de Setembro de 2018

Assinado por:
DILLIAN ADELAINÉ CESAR DA SILVA
(Coordenador(a))

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-904
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3325-4940 **E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com

APENDICES

APÊNDICE I – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o(a) Senhor(a) a participar voluntariamente da pesquisa Competências para Gerenciamento do Cuidado em Unidade de Pronto Atendimento-UPA, sob a responsabilidade do pesquisador Domitília Bonfim de Macêdo Mihaliuc, sob orientação da Professora Dr^a Walterlânia Silva Santos. Este termo de consentimento fornece informações sobre o estudo do qual você pode querer participar. Leia atentamente as informações e se você tiver dúvidas, peça explicações ao pesquisador do estudo ou a alguém de sua equipe.

As UPAs são serviços de atendimento pré-hospitalar fixos, que devem resolver as demandas dos usuários em até 24 h. O enfermeiro atua em diferentes situações: classificação de risco, estabilização de pacientes graves e observação de pacientes com agravos clínicos agudizados, além de seu papel gerencial e articulador de equipe. Conhecer os processos de trabalho para a definição de competências é essencial para a organização do serviço e qualidade dos processos de envolvidos.

Nesse sentido, o objetivo desta pesquisa é compreender competência profissional para o gerenciamento do cuidado em Unidade de Pronto Atendimento.

Os riscos decorrentes da pesquisa relacionam-se a um possível constrangimento no ato de responder às questões da entrevista, para minimizá-los será escolhido ambiente seguro, privativo e protegido junto à gerência de cada Unidade de Pronto Atendimento, além disso, o Senhor receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa. Existe ainda o risco da quebra do sigilo e confidencialidade, riscos esses que serão minimizados pela anonimização dos dados, será assegurado que seu nome não aparecerá, sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a). Para garantir a confidencialidade dos seus dados pessoais e proteger a sua privacidade, todas as suas informações pessoais serão anônimas, ou seja, seu nome será substituído por um código numérico. Seu nome não será identificado em nenhum relatório ou publicação do estudo.

Espera-se com este estudo benefícios diretos para você e as coordenações do serviço das UPAs no sentido de ter informações mapeadas e estruturadas do processo de

trabalho dos enfermeiros, e assim, promover estratégias para melhoria da qualidade do serviço.

O estudo será realizado nas Unidade de Pronto Atendimento do Distrito Federal e sua participação se dará por meio de entrevista, em data e horário previamente combinados, durante o seu repouso/intervalo com um tempo máximo estimado de 30 minutos para sua realização. O (a) Senhor (a) pode se recusar a responder (ou participar de qualquer procedimento) qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o (a) senhor (a).

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo para a realização das entrevistas. Também não há compensação financeira relacionada a sua participação, que será voluntária. Se existir qualquer despesa adicional relacionada diretamente à pesquisa (tais como, passagem para o local da pesquisa, alimentação no local da pesquisa) a mesma será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos, após isso serão destruídos.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: pesquisador responsável Domitília Bonfim de Macêdo Mihaliuc, (61) 98148-6840. O pesquisador também pode ser encontrado pelo e-mail domi.bonfim@gmail.com.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia- CEP/FCE. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidos pelo telefone (61) 3107-8434 ou do e-mail cep.fce@gmail.com/cepfce@unb.br, o CEP/FCE está localizado no Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED), andar térreo, Sala AT07/66. Horário de atendimento: segunda a quinta-feira das 14h às 18h, e sexta-feira de 8-12h e 14-18h.

Além disso, como as Unidades de Pronto Atendimento são coparticipantes desta pesquisa, este projeto também foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa também podem ser obtidas por meio do telefone: 3325-4940 ou pelo e-mail:

comitedeetica.secrataria@gmail.com. O CEP da SES/DF localiza-se no endereço: SMHN, Quadra 3, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS

Eu li este termo de consentimento e seu conteúdo me foi explicado. Compreendo o objetivo deste estudo e o que acontecerá comigo durante sua realização. Ao assinar este termo de consentimento, você não está abrindo mão de nenhum direito legal, incluindo o direito de pedir indenização por danos resultantes de sua participação neste estudo.

Declaro estar recebendo uma via original deste termo, assinada pelo pesquisador do estudo e por mim, tendo todas as folhas por nós rubricadas. Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o Senhor(a).

Nome / assinatura do participante da pesquisa

Domitília Bonfim de Macêdo Mihaliuc (pesquisador Responsável)

Brasília, ___ de _____ de 2018.

APÊNDICE II – TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DE SOM DE VOZ PARA FINS DE PESQUISA

Eu, _____, autorizo a utilização da minha imagem e som de voz, na qualidade de participante/entrevistado(a) no projeto de pesquisa intitulado Competências para Gerenciamento do Cuidado em Unidade de Pronto Atendimento, sob responsabilidade de Domitília Bonfim de Macêdo Mihaliuc, vinculado(a) ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília.

Meu som de voz pode ser utilizado para ser analisado pelo pesquisador responsável, podendo fazer parte dos resultados apresentados pela pesquisa, assim como esses resultados podem ser apresentados em eventos científicos.

Tenho ciência de que não haverá divulgação do meu som de voz por qualquer meio de comunicação, sejam elas televisão, rádio ou internet, exceto nas atividades vinculadas ao ensino e a pesquisa explicitadas anteriormente. Tenho ciência também de que a guarda e demais procedimentos de segurança com relação às imagens e sons de voz são de responsabilidade do(a) pesquisador(a) responsável.

Deste modo, declaro que autorizo, livre e espontaneamente, o uso para fins de pesquisa, nos termos acima descritos, da minha imagem e som de voz.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o(a) pesquisador(a) responsável pela pesquisa e a outra com o(a) participante.

Assinatura do (a) participante

Pesquisadora: Domitília B. de M. Mihaliuc

Brasília, ____ de _____ de 2018.

APÊNDICE III – ROTEIRO DE ENTREVISTA

Identificação:

1. Enfermeiro nº:
2. Idade (anos completos):
3. Sexo: () Feminino () Masculino
4. Tempo de Formação (anos):
5. Tempo de atuação em UPA (anos):
6. Número de vínculos empregatícios:
7. Especialização/Pós-graduação (lato sensu/stricto sensu): () não () sim Qual área?
8. Localização da UPA de atuação do entrevistado:
() Samambaia
() Recanto das Emas
() São Sebastião
() Núcleo Bandeirante
() Sobradinho
() Ceilândia

Perguntas:

1. Descreva-me sobre sua rotina de trabalho durante o plantão, considerando, inclusive, processos e situações que ultrapassam o cuidado direto ao usuário.
2. Quais os desafios para desenvolver seu trabalho assistencial na UPA?
3. Quais as fortalezas para o desenvolvimento do seu trabalho?