

PRÁTICAS DE ACOLHIMENTO NO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA: A PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

Daiana Maggi Zanelatto*
Daiane Dal Pai**

RESUMO

O presente estudo consiste em uma pesquisa realizada em uma unidade de emergência de um serviço público de Porto Alegre - Rio Grande do Sul, que teve como objetivo conhecer as vivências da equipe de enfermagem em relação à estratégia de acolhimento com classificação de risco, implementada no serviço desde 2004. Os dados foram coletados por meio de nove observações e nove entrevistas semiestruturadas com enfermeiros e técnicos de enfermagem. A análise de conteúdo possibilitou descrever o contexto organizacional onde as práticas estão inseridas, assim como constatar que o profissional de enfermagem convive em um ambiente agitado e encontra-se diante de uma complexa gama de necessidades, o que resulta em momentos de conflitos. Muitos profissionais, embora apresentem conhecimento sobre a finalidade das propostas do acolhimento durante a classificação de risco, demonstram não compreender sua abrangência, identificando o acolhimento apenas como uma parte do atendimento, destinada apenas a um local. Dessa forma, a atitude da equipe de enfermagem também representa um grande desafio quanto à implementação da estratégia de acolhimento.

Palavras-chave: Acolhimento. Enfermagem em Emergência. Equipe de Enfermagem.

INTRODUÇÃO

Emergência é a circunstância de agravo à saúde que exige intervenção médica imediata por haver risco iminente de vida, enquanto a urgência é uma classificação atribuída aos casos em que há risco à vida, mas com a necessidade de suporte à saúde de caráter menos imediatista. O Ministério da Saúde⁽¹⁾ define que as urgências e emergências representam um único campo de atenção em saúde, destinado aos serviços específicos de suporte à vida. Apesar de a definição ser clara, a realidade dos serviços brasileiros tem apresentado um cenário muito mais complexo, em que a diversidade de situações de saúde opera em meio à circulação desordenada dos usuários nas portas dos prontos-socorros.

O que se observa na atualidade é o número excessivo de usuários nas filas desses serviços, onde se misturam, no mesmo espaço, situações graves e casos “estáveis”. Essa grande procura pelo serviço de emergência tem gerado a superlotação do setor, bem como a sobrecarga de trabalho para a equipe de saúde que faz o atendimento. Além disso, deve-se considerar que o atendimento rápido, a sobrecarga de trabalho e

a pressa dos profissionais de saúde podem levar à prática de ações desprovidas de humanização⁽²⁾.

O caos enfrentado pelos usuários e trabalhadores dos serviços públicos de emergência trouxe a necessidade de reorganizar a atenção a fim de priorizar os atendimentos conforme o risco, sem deixar desassistido nenhum usuário. Assim, o acolhimento com classificação de risco é construído para garantir o acesso aos serviços de saúde por meio de uma abordagem integral ao usuário, o aperfeiçoamento do trabalho em equipe e a responsabilidade dos profissionais em relação aos usuários⁽³⁾.

A estratégia proposta pela Política Nacional de Humanização objetiva acolher todos os indivíduos que procuram o serviço de emergência, garantindo-lhes a escuta às suas necessidades e o atendimento resolutivo, incluindo-se aí as situações que exigem encaminhamento. Mais do que isso, o acolhimento pressupõe uma atitude que o profissional deve adotar em todos os momentos e locais durante o percurso do usuário junto à atenção em saúde⁽¹⁾.

O acolhimento é uma ação de responsabilidade da equipe multiprofissional, na

*Enfermeira. E-mail: daiamz@yahoo.com.br

**Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Docente Assistente da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL). E-mail: daiadalpai@yahoo.com.br

qual todos devem estar preparados, pois acolher na emergência exige o uso de tecnologias leves⁽⁴⁾ associadas à agilidade necessária para os casos graves. Para se ter uma assistência adequada os usuários precisam ser tratados com dignidade e receber atenção condizente com a necessidade. A humanização do atendimento vem ao encontro dessas necessidades, com vista à qualificação dos processos relacionados à promoção da saúde. Para isso se exige mais acesso sem sobrecarregar os profissionais de saúde, deixando-se de considerar somente a demanda fisiológica e passando-se a levar em conta os sentimentos da pessoa que busca o serviço e as necessidades que permeiam a sua vida e a sua saúde. Nesse processo, nenhum profissional da saúde terá o papel central, pois todos deverão responsabilizar-se pelas necessidades do usuário, o que torna os profissionais mais competentes para identificar os caminhos necessários à resolução dos problemas.

Diante do exposto, o presente estudo objetivou conhecer as vivências da equipe de enfermagem em relação à estratégia de acolhimento com classificação de risco em um serviço público de emergência de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Acredita-se que, por meio dessa investigação, é possível contribuir no processo de implementação da estratégia, promovendo mudanças nos cenários de atenção às urgências e emergências.

METODOLOGIA

As preocupações da presente pesquisa se voltaram à compreensão das situações complexas, como as atitudes dos indivíduos, motivo pelo qual se utilizou o método qualitativo⁽⁵⁾. A coleta de dados foi realizada junto à equipe de enfermagem do setor de emergência de um hospital geral público de grande porte de Porto Alegre – RS, que atende utilizando o acolhimento com classificação de risco desde 2004.

Para tanto, o estudo teve aprovação (protocolo n.º 100/2008) do Comitê de Ética e Pesquisa da instituição onde foi realizada a busca das informações, e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido após sua leitura e esclarecimentos a seu respeito.

A coleta de dados foi realizada nos três turnos de trabalho, em horários diversos, nos meses de julho e agosto de 2008. Para sua realização foram feitas nove observações sistemáticas não participativas, distribuídas nos três turnos de trabalho, com duração média de três horas. Alguns pontos a serem observados foram predeterminados, como recepção ao usuário, escuta de suas necessidades, classificação de risco, acolhimento aos familiares e/ou acompanhantes, resolutividade ou encaminhamento dos usuários, interação da equipe de saúde, organização do trabalho e outros.

Posteriormente utilizou-se entrevista semiestruturada, realizada com nove profissionais de enfermagem, dos quais três eram enfermeiros e seis, técnicos de enfermagem. A saturação dos dados definiu esse número de informantes e as entrevistas tiveram duração média de vinte minutos.

Os dados foram gravados e submetidos à análise de conteúdo proposta por Bardin⁽⁶⁾. Durante a primeira etapa foram organizados os materiais coletados, digitadas as observações e transcritas as entrevistas. Em seguida realizou-se leitura exaustiva do material, agrupando-se as ideias conforme a semelhança de sentido. A partir dessa etapa surgiram duas categorias: “Contexto organizacional e a classificação de risco” e “Compreensão da equipe de enfermagem sobre o acolhimento”.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

O acolhimento foi uma tecnologia inserida no contexto estudado em 2004, tendo como objetivo reorganizar a atenção prestada pelo serviço de emergência. Passados cinco anos do início desse processo, é possível constatar a reprodução de antigas práticas somadas a práticas inovadoras, as quais são discutidas a seguir.

Contexto organizacional e a classificação de risco

A equipe de enfermagem do serviço estudado é composta de 28 auxiliares de enfermagem, 102 técnicos de enfermagem e 21 enfermeiros. Esses sujeitos estão inseridos em um serviço que utiliza cores para definir as áreas de atendimento conforme o risco de morte, a fim de priorizar os

atendimentos e organizar o fluxo das intervenções. Assim, a área azul é o local dos consultórios, da classificação de risco e da triagem; a área verde é onde os pacientes ficam em observação ou aguardando leito de internação; a área amarela é destinada à assistência aos usuários em quadro crítico; e por fim, na área vermelha fica a sala mais equipada para atender os pacientes em casos de emergência e urgência, até que se estabilizem e possam ser encaminhados para as demais salas.

Ao entrar no serviço estudado, frequentemente, a primeira interação do usuário se dá com o segurança que fica na porta de entrada, o qual, mesmo sem o preparo técnico para a avaliação clínica, acaba por interferir nas experiências do usuário junto ao serviço, fazendo um julgamento prévio sobre a condição de saúde de quem entra na emergência, e por isso, casos que ele considere graves já podem ter seu atendimento agilizado desde a entrada. Da mesma forma, um desencontro de interesses pode ocorrer no diálogo estabelecido no “*balcão de acolhimento*” (grifos relacionados ao sentido atribuído pelos profissionais, questão discutida na segunda categoria de análise), onde o usuário irá relatar a sua queixa aos técnicos de enfermagem, que a partir de então ficam responsáveis pela ordenação dos atendimentos, pois nesse momento poderá ser preciso definir qual outro serviço deve ser buscado, do que são exemplos os casos de doenças crônicas que necessitem de acompanhamento na atenção básica.

Muitas interações conflituosas foram observadas durante a classificação mencionada, e os profissionais disseram ser cansativo e estressante trabalhar no “*balcão de acolhimento*”. Eles referiram que falta compreensão dos usuários quando estes são encaminhados para outros locais e que estes expõem sua frustração ao profissional que fica no “*balcão de acolhimento*”.

[...] Eu não teria capacidade pra ficar lá na frente {refere-se ao “balcão de acolhimento”}. Porque às vezes o paciente não entende quando tu diz assim pra ele: “O senhor tem que consultar na sua cidade porque o senhor não é uma emergência”, e diante disso eles só faltam se botar [...] (Entr 3).

Com a expressão “*eles só faltam se botar...*” o profissional de enfermagem entrevistado quer

dizer que se sente à beira de uma agressão física a qualquer momento. Assim, além de mencionar a dificuldade na primeira interação com o usuário, os participantes do estudo ressaltam que a orientação quanto à necessidade de busca pelo serviço de atenção básica muitas vezes não é bem aceita.

O conflito se inicia quando a avaliação do usuário sobre o seu estado de saúde pede atenção imediata, mas o olhar técnico do profissional não o enquadra nessa categoria⁽⁷⁾. Assim, o usuário expressa seu descontentamento ao profissional que está na linha de frente desse serviço, pois o vê como a pessoa que representa o sistema de saúde (que não o acolheu), e o profissional, por sua vez, sente-se injustiçado com esta agressividade⁽⁸⁾. Esse comportamento dos usuários muitas vezes é um meio de externar suas angústias quanto à situação de vulnerabilidade e ao medo de ficar sem atendimento. No entanto, os participantes do estudo também se sentem descontentes quando descrevem que são xingados e agredidos verbalmente. Essas atitudes podem gerar mais violência, resultando em um ambiente tenso de trabalho.

Embora se devam considerar as características do serviço de emergência, vale lembrar que o acolhimento, o vínculo/responsabilização e a qualidade da atenção devem estar interligados e articulados como partes do processo de trabalho, a fim de construir um modelo assistencial baseado na integralidade. Dessa forma, o acolhimento pode ser compreendido como uma tradução da integralidade, que deve aprimorar o relacionamento entre o profissional e o usuário, desenvolver empatia e construir espaços de escuta efetiva de usuários pertencentes a um contexto que deve ser considerado⁽⁹⁾.

A necessidade de cuidado com essas relações pressupõe o uso de tecnologias leves. O encontro, a escuta, o diálogo e a responsabilização entre um trabalhador e o usuário produzem relações de confiança, e o vínculo é fundamental para o acolhimento e atendimento às necessidades dos usuários⁽³⁾.

Após receberem a ficha no “*balcão de acolhimento*”, os usuários que permanecem no serviço são encaminhados para a emissão do boletim de atendimento e, a seguir, para a sala de

triagem, na qual são vistos os sinais vitais. Percebe-se que muitas vezes esse trabalho é feito mecanicamente: chama-se o paciente, coloca-se o termômetro e verifica-se a pressão. Frequentemente, a única informação que o usuário recebe é a de que deve retornar à cadeira onde estava para, posteriormente, ser chamado à consulta. Assim se constata que, mesmo diante de uma proposta em que se investe na inserção de tecnologias leves na produção de cuidado, ainda se mantém a hegemonia da tecnologia dura e do trabalho despersonalizado.

Os consultórios são separados da recepção por uma porta, da qual é o segurança que chama os usuários e os encaminha para os consultórios, nos quais foi possível observar pouco interesse em manter a privacidade das pessoas que relatam suas necessidades. A partir de uma breve consulta médica os pacientes são encaminhados para fazer exames, receber medicações ou internar-se.

A área verde é uma grande sala em cujo centro há um posto de enfermagem com acomodações para pacientes ao seu redor. Este ambiente seria destinado à observação daqueles que aguardam leito para internação, mas o que acontece é que os pacientes ficam vários dias internados sem a devida acomodação.

O paciente fica conosco fazendo tratamento até a sua internação, mas pela demora [a área verde] acaba sendo uma internação [...] porque ele faz exames de todos os tipos [...] e ele recebe alta dali (Entr. 4).

A carência de vagas nas unidades de internação faz com que os usuários permaneçam vários dias internados na emergência, o que pode significar menos qualidade na atenção, uma vez que este serviço possui um ritmo peculiar de trabalho, gerando menos tempo de dedicação aos casos que exigem acompanhamento contínuo.

Na sala verde há 30 leitos, aos quais frequentemente são somadas macas e cadeiras, que, juntos, chegam a “acomodar” 70 pacientes, causando superlotação. Com a superlotação o ambiente torna-se barulhento, cansativo e desgastante, tanto para o profissional como para o usuário. Este quadro foi observado pela pesquisadora em muitos momentos, mas também pode ser constatado no discurso dos profissionais de enfermagem:

[...] Muitas vezes o paciente fica sentado, na

maioria das vezes mal-acomodado, desconfortável numa maca [...] os pacientes são em grande número [...], e a sala comporta somente 30 pacientes, mas no momento a gente convive com no mínimo 60, 70 pacientes (entr. 4).

A área amarela é destinada ao atendimento de pacientes em estado crítico ou semicrítico. Nela os usuários recebem um atendimento imediato, devendo ali permanecer somente até se estabilizarem, o que provoca grande rotatividade de pacientes. Por vezes, o fluxo constante deixa o profissional de enfermagem sem controle sobre o “o que o paciente está fazendo ali”, principalmente em se tratando de pessoas desacompanhadas:

[...] Muita gente chega e sai, chega e sai. Quase não se consegue saber sobre nenhum daqueles pacientes que estão ali [...] a gente nem vê, nem fica sabendo que aquele paciente esteve ali [...] (Entr. 1).

Para alguns profissionais entrevistados, esse é o ambiente mais agradável de trabalhar, pois caracteriza mais as ações de uma emergência, de realização de procedimentos que necessitam de ações imediatas, coisas que não ocorrem em outras áreas. Isso leva a comparações entre os setores e, assim os participantes do estudo expressam suas preferências pela área amarela:

[Prefiro] porque é ágil, na verdade é o [atendimento] que mais parece mesmo com uma emergência aqui dentro (Entr. 6).

[...] É mais fácil tu trabalhar numa sala que tu sabe pegar um abocath, quando tu sabe sondar, tu sabe controlar o respirador do lado do paciente, [...] no acolhimento tu não conhece [como se deve fazer], não aprendeu na faculdade, tu vai ter que aprender conforme é o dia a dia de trabalho (Entr. 1).

Observa-se que é mais fácil fazer procedimentos do que voltar-se ao uso das tecnologias leves, relacionais, o que também foi mostrado em outro estudo com profissionais de enfermagem que atuam em serviços de emergência⁽¹⁰⁾. As atitudes diferentes a serem tomadas, dependendo de cada situação que o paciente trazer, tornam mais complexo o trabalho “no acolhimento”, exigindo habilidades mais difíceis do que as requeridas para a realização de uma técnica manual, para a qual a equipe de enfermagem se sente treinada, garantindo o sucesso da tarefa.

Por fim, na área vermelha ficam os pacientes mais graves e necessitados de cuidados mais intensivos por parte da equipe de enfermagem. Trata-se de uma sala menor, que tem menos pessoas circulando, mas que exige condutas rigorosas no controle das infecções.

Para a distribuição dos profissionais de enfermagem nas áreas utiliza-se o esquema de rodízio. Assim, todos passam por todas as áreas, independentemente da preferência, o que poderia ser positivo para a implementação do acolhimento, uma vez que todos experimentariam a continuidade do cuidado nas diversas áreas, acompanhando as necessidades dos usuários ao longo do processo. Sabe-se que o acolhimento deve envolver todos os profissionais da equipe de saúde, os quais devem utilizar o seu conhecimento para receber e atender o usuário no sentido de solucionar o seu problema da melhor forma possível⁽³⁾.

Não obstante, o acolhimento ainda é compreendido como um local, e não como eixo condutor do cuidado no serviço, o que é mais discutido na categoria seguinte.

Compreensão da equipe de enfermagem sobre o acolhimento

Os discursos oriundos das entrevistas mostraram, primeiramente, que os profissionais de enfermagem consideram a implementação do acolhimento muito importante para a atenção prestada aos usuários:

Eu acho que é uma idéia excelente, uma maneira de se conseguir dar uma atenção melhor pra esse paciente, de realmente ver a necessidade de ser recebido numa emergência ou não (Entr. 1).

Não obstante, a observação do entrevistado permite inferir que muitas vezes não é isso o que ocorre na prática, pois alguns profissionais que se encontram no “*balcão do acolhimento*” não questionam o motivo pelo qual o usuário procura a emergência, atendendo apenas ao pedido de uma ficha para o clínico. Essas situações foram mais observadas no turno da noite, o que pode estar relacionado ao fato de não haver serviços de atenção básica disponíveis nesse horário:

Observo que um paciente dirige-se até o “balcão do acolhimento” e diz estar com dor de garganta. O técnico de enfermagem pergunta há quanto tempo ele sente a dor e ele responde que há três dias. Em seguida, com indiferença, é dito ao

usuário que hoje lhe será dada a ficha porque está sobrando, mas que o certo seria ele procurar o posto de saúde (Entr. 9).

Essas atitudes podem ser representadas pela falta de portas para contrarreferência, pela insegurança de avaliar ou pela falta de sensibilização para a escuta e o diálogo. Acredita-se que o comportamento observado e descrito anteriormente tenta evitar uma provável situação de tensão eventualmente provocada pelo encaminhamento do usuário para outro local e acaba cultivando a ideia de que a resolutividade para todas as situações está na emergência. Isso faz o profissional sentir que:

[...] lendo aquele manual do Ministério da Saúde tu vê que é uma coisa legal, só que o problema é a falta de conscientização da população, todo mundo acha que o atendimento tem que ser feito no hospital, não querem procurar a rede básica (Entr. 8).

Esse fato demonstra certo despreparo ou a não adesão à reorganização proposta pela estratégia de acolhimento com classificação de risco. Acredita-se⁽¹¹⁾ que os profissionais não estão preparados e amparados para trabalhar com as questões sociais e subjetivas trazidas pelos usuários, de modo que a atenção prestada se torna insuficiente e ineficiente. Além disso, um estudo anterior⁽⁸⁾ mostra que, nesses casos, os profissionais sentem um vazio pela descontinuidade das ações de saúde.

O acolhimento não significa resolver todos os problemas do indivíduo, mas sim, escutá-lo e valorizar suas queixas, procurando identificar as suas necessidades como também o contexto em que ele vive⁽¹²⁾. De fato, alguns profissionais descrevem o acolhimento com uma compreensão, de certa forma, mais próxima à proposta inicial, como pode ser visto no trecho que segue:

O acolhimento é uma forma de organizar o trabalho, é uma forma de selecionar os casos graves e potencialmente graves. Enfim, de fazer o trabalho fluir melhor, inclusive para pacientes que não são atendidos aqui, que deveriam ser atendidos em postos de saúde e que são encaminhados através do acolhimento (Entr. 4).

Apesar de ser tido como uma estratégia de trabalho, o acolhimento foi referido, na maioria dos discursos, como um local, o “*balcão do acolhimento*”. Essa compreensão acaba por

restringir a estratégia ao local de classificação e seleção das situações de maior gravidade, sem a necessidade de acolher o usuário em todo o seu percurso e experiência junto à rede de serviços de saúde, tampouco de entender o acolhimento como um dispositivo para a humanização das práticas de cuidado em saúde.

[...] O acolhimento é onde a gente recebe os pacientes, tira alguma dúvida (Entr 8).

Essa fala demonstra que o conceito e a proposta do acolhimento não estão claramente entendidos por alguns profissionais. Apesar disso, por vezes foi possível observar tentativas de escuta e diálogo em algumas práticas de atenção ao usuário, o que demonstrou esforços na busca pela humanização do atendimento.

A implementação da estratégia organizou o fluxo direcionando cada usuário para a devida sala, agilizando o atendimento, fazendo os encaminhamentos necessários e proporcionando melhor comunicação com os outros serviços do sistema. Cabe destacar que os sistemas de referência e contrarreferência podem ser decisivos na construção da integralidade da atenção em saúde⁽¹³⁾.

No trecho que segue pode ser constatada a satisfação da profissional de enfermagem com os benefícios da estratégia de acolhimento com classificação de risco para o serviço:

[...] eu achei o surgimento do acolhimento maravilhoso, muito bom mesmo, porque organizou bem mais, sabe? Não fica aquela aglomeração de paciente, a coisa organizou mais [...] (Entr. 7).

Diante do exposto resta salientar que durante o período de inserção da pesquisadora no serviço também se observaram momentos em que os trabalhadores de enfermagem estiveram dispostos a escutar, organizar, priorizar, orientar, mesmo sem identificar essas condutas como propostas do acolhimento. Cumpre frisar que no processo de humanização do atendimento em saúde é fundamental a participação dos trabalhadores de saúde como sujeitos capazes de atitudes humanas, construídas nas relações com o outro no cotidiano⁽¹⁴⁾.

Acredita-se na importância de se incorporar à estrutura do serviço um espaço para se pensar e preparar a relação entre o profissional e o usuário⁽¹⁵⁾, a fim de potencializar a escuta, o

vínculo e a responsabilização e afirmá-los como postura no trabalho em saúde. Com esse incremento será possível promover a troca de saberes (incluindo os dos usuários e familiares) e o diálogo entre os trabalhadores⁽¹⁶⁾.

CONCLUSÕES

No cotidiano de trabalho da equipe de enfermagem constatou-se que a emergência é um ambiente agitado, com grande fluxo e diversidade de demanda dos usuários que procuram esse serviço. A necessidade, por conseguinte, nem sempre se destina a esse serviço, mas o imediatismo do atendimento na emergência faz a preferência do usuário.

Mesmo com a implementação do acolhimento como modo de operar os processos de trabalho no sentido de qualificar e priorizar a atenção em saúde naquele serviço, ainda é possível constatar a presença de antigas práticas, com o atendimento fragmentado, esquecendo-se, muitas vezes, a importância da utilização de tecnologias leves na construção do vínculo.

A visão de que o acolhimento compreende uma única área ou parte do atendimento demonstra que há um grande desafio a ser vencido. Os profissionais de enfermagem, assim como toda a equipe de saúde, devem estar sensibilizados, amparados e assistidos para que as ações de acolhimento estejam presentes em toda a atenção prestada, e não apenas em um local específico, como se pertencessem a uma área física do serviço.

Não obstante, percebe-se que houve alguns avanços após a implementação da estratégia de acolher com a classificação de risco, o que é referido em questões como a organização, classificação, priorização e encaminhamento para outros serviços, quando necessário. Acredita-se que os avanços devem ser buscados por meio de metas construídas e discutidas no próprio ambiente de trabalho, incluindo os protagonistas (gestores, profissionais e usuários) das ações e relações que permeiam a atenção na emergência.

Os resultados deste estudo trazem implicações para o fazer no serviço de emergência, uma vez que apontam avanços necessários para a implantação da estratégia preconizada pelo Ministério da Saúde em prol da

humanização. Da mesma forma, a pesquisa aponta questões de extrema relevância para os gestores dos serviços de emergência acerca do cotidiano vivenciado pelos trabalhadores de enfermagem que se encontram na linha de frente.

Como limitação do estudo apresentado, aponta-se o olhar lançado apenas sobre a

enfermagem, quando o que se deseja são ações interdisciplinares na busca do acolhimento. São de alta relevância discussões multiprofissionais acerca do cotidiano de trabalho, com vistas à construção conjunta de práticas que acolham o usuário.

WELCOME PRACTICES IN THE EMERGENCY UNIT: THE PERSPECTIVE OF NURSING PROFESSIONALS

ABSTRACT

This is a research carried out in an emergency unit of a public service in Porto Alegre, Rio Grande do Sul, with the objective of learning the experiences of the nursing team on the welcome strategy implemented in the service since 2004. The data were collected by means of nine observations and nine semi-structured interviews with nurses and nursing technicians. The content analysis led to describe the organizational context where the practices are included, as well as to find out that the nursing professional lives in an frantic environment and finds himself or herself before a complex range of needs what results in moments of conflicts. Although they show awareness about the goal of the welcome proposals during the risk classification, many professionals demonstrate that they do not understand their scope and identify the welcome only as a part of the care addressed to just one site. Thus, the attitude of the nursing team also represents a great challenge before the implementation of the welcome strategy.

Key words: User Embracement. Emergency Nursing. Nursing, Team.

PRÁCTICAS DE ACOGIDA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA: LA PERSPECTIVA DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

RESUMEN

El presente estudio consiste se trata de una investigación realizada en una unidad de emergencia de un servicio público de Porto Alegre - Rio Grande do Sul, que tuvo el objetivo de conocer las vivencias del equipo de enfermería en relación a la estrategia de acogida con clasificación de riesgo, implementada en el servicio desde 2004. Los datos fueron recogidos por medio de nueve observaciones y nueve entrevistas semiestructuradas con enfermeros y técnicos de enfermería. El análisis de contenido posibilitó describir el contexto organizacional donde las prácticas están insertadas, así como constatar que el profesional de enfermería coexiste con un ambiente inquieto y se encuentra delante de una compleja gama de necesidades, lo que resulta en momentos de conflictos. Mucho profesionales, aunque presentan conocimiento acerca de la finalidad de las propuestas de la acogida durante la clasificación de riesgo, demuestran no comprender su alcance, identificando la acogida sólo como una parte de la atención, destinada a un sólo sitio. Así, la actitud del equipo de enfermería también representa un gran desafío frente a la implementación de la estrategia de acogida.

Palabras clave: Acogimiento. Enfermería de Urgência. Grupo de Enfermería.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Cartilha da Política Nacional de Humanização: Acolhimento com classificação de risco. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004.
2. Souza RB, Silva MJP, Nori A. Pronto – Socorro: uma visão sobre a interação entre profissionais de enfermagem e paciente. *Rev Gauch Enferm*. 2007 jun; 28(2):242-9.
3. Franco T, Bueno W, Merhy E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Publica* 1999; abr-jun; 2(15):345-53.
4. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko, R. *Práxis en salud: un desafío para el público*. São Paulo: Hucitec; 1997.
5. Oliveira SL. *Tratado de metodologia científica*. São Paulo: Pioneira; 1997.
6. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2009.
7. Giglio-Jacquemot A. *Urgências e emergências em saúde: perspectivas de profissionais e usuários*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.
8. Dal Pai D. *Enfermagem, trabalho e saúde: cenas e atores de um serviço público de pronto socorro*. [dissertação]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2006.
9. Silva AG Junior, Mascarenhas MTM. Avaliação da Atenção Básica em Saúde sob a Ótica da Integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: Pinheiro R, Mattos RA. *Cuidado: as fronteiras da Integralidade*. Rio de Janeiro: Hucitec: Abrasco; 2004. p. 241-57.
10. Dal Pai D, Lautert L. Work under urgency and emergency and its relation with the health of nursing professionals. *Rev latino-am enfermagem*. 2008;16(3):439-44.
11. Ferreira J. O programa de humanização da saúde:

dilemas entre o relacional e o técnico. *Saúde e Sociedade*. 2005 set-dez; 14(3):111-8.

12. Schneider DG, Manschein AMM, Ausen MAB, Martins JJ, Albuquerque GL. Acolhimento ao Paciente e Família na Unidade Coronariana. *Texto & contexto enferm*. 2008 jan-mar; 17(1):81-9.

13. Fratini JRG, Saube R, Massaroli A. Referência e contra-referência: contribuições para a integralidade em saúde. *Cienc cuid saúde*. 2008 jan-mar; 7(1):65-72.

14. Marques IR, Souza AR. Tecnologia e humanização em ambientes intensivos. *Rev Bras Enferm*. 2010 jan-fev;

63(1):141-4.

15. Matumoto S, Fortuna CM, Pereira MJB, Almeida MCP, Matumoto S. Preparando a relação de atendimento: ferramenta para o acolhimento em unidades de saúde. *Rev Latino-am Enferm*. 2009 nov-dez; 17(6):1001-8.

16. Coelho MO, Jorge MSB. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009 set-out; 14(Supl. 1):1523-31.

Endereço para correspondência: Daiane Dal Pai. Rua Nunes Machado, 319, apto 602, Bairro Azenha, CEP: 90.130-080, Porto Alegre, Rio Grande do Sul. E-mail: daiadalpai@yahoo.com.br

Data de recebimento: 11/02/2010

Data de aprovação: 12/05/2010