



**Universidade Federal do Rio de Janeiro
Centro de Ciências da Saúde
Escola de Enfermagem Anna Nery
Coordenação Geral de Pós-Graduação e Pesquisa**



Camilla Maria de Oliveira Ramos

**O COTIDIANO DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO
DE RISCO NO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA: contribuições
para a gerência de enfermagem**

Rio de Janeiro
2011



**Universidade Federal do Rio de Janeiro
Centro de Ciências da Saúde
Escola de Enfermagem Anna Nery
Coordenação Geral de Pós-Graduação e Pesquisa**



Camilla Maria de Oliveira Ramos

**O COTIDIANO DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO
DE RISCO NO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA: contribuições
para a gerência de enfermagem**

Dissertação de Mestrado vinculada ao GESPEN (Núcleo de Pesquisa Gestão em Saúde e Exercício Profissional da Enfermagem) / DME (Departamento de Metodologia da Enfermagem) apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem, sob orientação da Professora Doutora Nereida Lúcia Palko dos Santos.

Rio de Janeiro
2011

Ramos, Camilla Maria de Oliveira

O cotidiano do acolhimento com classificação de risco no serviço de emergência: contribuições para a gerência de enfermagem / Camilla Maria de Oliveira Ramos. Rio de Janeiro: UFRJ / EEAN, 2011.

x, 102 f. : il. ; 31 cm.

Orientador: Nereida Lúcia Palko dos Santos.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, EEAN, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2011.

Referências bibliográficas: f. 88 - 93.

1. Enfermagem – Acolhimento. 2. Gerência em enfermagem – Tese. I. Santos, Nereida Lúcia Palko. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDD – 610.73

Camilla Maria de Oliveira Ramos

**O COTIDIANO DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO
DE RISCO NO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA: contribuições
para a gerência de enfermagem**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em 13/12/2011.

Profª Drª Nereida Lúcia Palko dos Santos,
EEAN / UFRJ. Orientadora.

Profª Drª Ana Carla Dantas Cavalcanti,
EEAAC / UFF.

Profª Drª Marléa Chagas Moreira,
EEAN / UFRJ.

Profª Drª Patricia dos Santos Claro Fuly,
EEAAC / UFF.

Profª Drª Marlucci Andrade Conceição Stipp
EEAN / UFRJ

DEDICO A

Minha Família e meus amigos.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por tudo...

A minha família, pelo incentivo e carinho, pela paciência e preocupação com o meu futuro e sucesso...

Aos meus amigos, pela paciência, presença e por estarem por perto nos bons e maus momentos...

A Prof^a Nereida, pela paciência, palavras de incentivo, disponibilidade e por ter me aceitado como PRIMEIRA...

As Professoras Marléa, Ana Carla, Marluci e Patrícia, pelas grandiosas contribuições que geraram essa dissertação...

Aos docentes e discentes da EEAN / UFRJ pelo apoio e pelas contribuições...

Aos secretários da Pós-Graduação da EEAN / UFRJ, pela compreensão e inúmeras ajudas...

Aos profissionais da emergência do HERF, pela oportunidade de conhecê-los e ser acolhida por eles...

Muito Obrigada!!!

“Existem três lados em toda história.

O seu lado, o lado deles

e a verdade.”

AUTOR ANÔNIMO.

RESUMO

RAMOS, Camilla Maria de Oliveira. **O cotidiano do acolhimento com classificação de risco no serviço de emergência:** contribuições para a gerência de enfermagem. Rio de Janeiro, 2011. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

Estudo sobre o cotidiano da enfermagem no setor de acolhimento com classificação de risco da emergência. O acolhimento é uma ação tecno-assistencial que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social através de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde. Os objetivos a serem atendidos a partir do presente estudo foram: descrever as atividades cotidianas do acolhimento da emergência pelos enfermeiros; identificar o entendimento de acolhimento para os enfermeiros; e, analisar a gerência (do cotidiano) dos enfermeiros no acolhimento da emergência. Trata-se de um estudo qualitativo, com abordagem etnometodológica, à luz da etnometodologia. Foram entrevistados sete enfermeiros lotados no setor de acolhimento com classificação de risco de um hospital estadual referência em urgência e emergência localizado na zona oeste do Rio de Janeiro. Utilizou-se como técnicas de coleta de dados a observação participante e a entrevista não estruturada, respeitando-se os aspectos éticos. Aprovação no CEP HESFA/EEAN: Protocolo nº 036/2011. Os dados foram codificados e, assim, originaram-se as categorias analisadas. A humanização emerge como tema e fala recorrente, como uma questão dada à priori para o cuidado. Identificamos a perspectiva do acolhimento que traz a tecnologia leve, mas que no cotidiano da unidade funciona como um dispositivo tecnológico leve-duro, pois normatiza e gerencia ações, estruturas e fluxos para o cuidado. Os enfermeiros apresentam a preocupação com a falta de tempo para utilizar a tecnologia dura. O cotidiano do processo de trabalho revela uma tensão constituída paradigmaticamente entre o modelo proposto e o vigente,

perpassando por uma série de fatores e situações que revelam a co-habitação de um modelo, operacional, vivo no cotidiano da prática; e um modelo “virtual” que pretende-se como estruturante dos processos, mas que, de fato, não se constitui no cotidiano desta forma. Comprovou-se que o sistema de referência e contra-referência não é eficaz, visto que os usuários “andam” de unidade em unidade a procura de atendimento. O acolhimento é apontado pelos enfermeiros como necessário e coerente com a política pública vigente, entretanto, as ações cotidianas no cenário de estudo apresentam uma atenção mais direcionada à produção dos atos de saúde, e da autonomia profissional (exercício profissional), centrado no modelo que fragmenta e centraliza as ações no atendimento médico, e não no usuário. Observa-se, também, uma descrição de uma dimensão plena *versus* uma dimensão reducionista do serviço (acolhimento com classificação de risco) somando-se à importância que os sujeitos dão à tecnologia dura. Ainda, os participantes descrevem o seu lado gerencial que, na realidade, possui intensa semelhança com a administração científica de Taylor. Como fator que repercute no processo de trabalho da equipe na emergência, há a exigência de que os profissionais encampem a proposta da humanização como eixo estruturante das práticas e ações na unidade.

Palavras-chave: Enfermagem. Acolhimento. Triagem. Risco ajustado.

ABSTRACT

RAMOS, Camilla Maria de Oliveira. **The reception daily with risk classification in the emergency service:** contributions to nursing management. Rio de Janeiro, 2011. Dissertation (Master Degree in Nursing) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

Study about the nursing daily in the reception room with risk classification of the emergency. The reception is a techno-assistance action that presupposes the change of the professional/user relation and its social net through technical parameters, ethical, humanitarian and of the solidarity, recognizing the user as subject and active participant in the health production process. The objectives to be attended from the present study were: to describe the reception daily activities of the emergency by the nurses, to identify the understanding of the reception to the nurses; and to analyze the management (of the daily) of the nurses in the reception of the emergency. It treats of a qualitative study, with ethnomethodological approach, in light of the ethnomethodology. There were interviewed seven nurses listed in the service of reception with risk classification of a state hospital of reference in urgency and emergency localized in the west area of the Rio de Janeiro. It used as techniques of data collection the participant observation and the non-structured interview, respecting the ethical aspects. Approval in the CEP HESFA/EEAN: Protocol n. 036/2011. The data were codified and, then, originated the categories analyzed. The humanization emerges as theme and recurrent speech, as a question given a priori to the care. We identified the reception perspective that brings the light technology, but that in the daily of the unit it functions as a hard light technology device, once normatizes and manages actions, structures and fluxes to the care. The nurses present the preoccupation with the lack of time to use the hard technology. The daily of the work process reveals a tension constituted paradigmatically between the proposed model and the present, passing by a series of factors and situations that

reveal the co-habitation of a model, operational, alive in the daily of the practice; and a “virtual” model that pretends as structuring of the processes, but that, in fact, does not constitutes in the daily of this form. It proved that the system of reference and contra-reference is not effective, once the users “walk” from unit to unit in search of assistance. The reception is pointed by the nurses as necessary and coherent with the public politics in force, however, the daily actions in the setting of study present a more directed attention to the production of the health acts, and of the professional autonomy (professional exercise), centered in the model that fragments and centralizes the actions in the medical assistance, and not in the user. It also observes a description of a complete dimension, *versus* a reductionist dimension of the service (reception with risk classification) in addition to the importance that the subjects give to the hard technology. Still, the participants describe their managerial face that, in fact, has been an intense similarity to the scientific administration of Taylor. As factor that feeds in the team’s work process in the emergency, there is the exigency that the professionals take over the humanization proposal as structuring axis of the practices and actions in the unit.

Key words: Nursing. Reception. Screening. Adjusted risk.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
Considerações Iniciais.....	14
Questões Norteadoras.....	22
Objeto do Estudo.....	22
Objetivos	22
Justificativa do Estudo	22
Contribuições do Estudo	23
FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	25
SUS: cenário profícuo para o acolhimento	26
O acolhimento no setor de emergência: mudanças paradigmáticas.....	30
O trabalho da equipe de enfermagem no acolhimento.....	38
REFERENCIAL METODOLÓGICO	43
Abordagem Metodológica.....	49
Cenário da Pesquisa.....	49
Sujeitos da Pesquisa.....	49
Coleta dos Dados	49
Análise dos Dados	53
Aspectos Éticos da Pesquisa.....	54
ENFERMAGEM: O PROCESSO DE TRABALHO NO SETOR DE ACOLHIMENTO ..	56
GERÊNCIA DO CUIDADO DE ENFERMAGEM NO SETOR DE ACOLHIMENTO.....	74
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	84
REFERÊNCIAS	90
APÊNDICES.....	97
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	98
APÊNDICE B – Roteiro da observação participante (diário de campo)	99
ANEXOS	100
ANEXO A – Carta de Aprovação do CEP EEAN/UFRJ	101

Introdução

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O presente estudo foi construído a partir da vivência profissional, iniciada em 2009, após a conclusão do curso de graduação em enfermagem¹, no setor de acolhimento com classificação de risco² da emergência. Tal atuação se deu em sistema de contrato temporário, em uma Instituição Estadual de Saúde do Rio de Janeiro. Em 2010, iniciei o curso de mestrado em enfermagem – na Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) /Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

Ao iniciar a atuação profissional no setor de acolhimento, àquela época, cumpri a política institucional do treinamento, ministrado pela enfermeira gerente de acolhimento, vinculado à Secretaria Estadual de Saúde com base no protocolo estabelecido na unidade.

A partir do treinamento, conheci um pouco mais das especificidades da instituição e, particularmente, da unidade, aprendendo que o modelo de classificação de risco adotado (baseado no Protocolo de Manchester – Sistema de Triagem de Prioridades de Manchester – implementado em Manchester em 1997) segue as determinações constantes na Portaria do Ministério da Saúde nº 2.048, de cinco de novembro de 2002, que entre outras determinações, estabelece que

o processo de triagem classificatória deve ser realizado por profissional de saúde, de nível superior, mediante treinamento específico e utilização de protocolos pré-estabelecidos e tem por objetivo avaliar o grau de urgência das queixas dos pacientes, colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento (BRASIL, 2002, p. 18).

Esta Portaria entrou em vigor com o intuito de organizar e normatizar os serviços de urgência e emergência nos Estados, Distrito Federal e Municípios. As alterações estruturais e operacionais posteriores à sua promulgação implicam em mudanças no cenário do atendimento às urgências e emergências em todo o território nacional, além de reestruturar a organização da assistência, articular os serviços (atenção primária, secundária e terciária), definir fluxos e referências resolutivas.

A portaria pode ser vista, através de um certo olhar, como elemento indispensável para a promoção da universalidade do acesso, a equidade na alocação de recursos e a integralidade na atenção prestada. Destaca-se, ainda, o enfoque na regionalização com referência pactuada e

¹ Curso de Graduação em Enfermagem e Obstetrícia da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN)/Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), realizado entre os anos 2004 e 2008.

² A partir daqui usarei somente a expressão “acolhimento” para me referir ao setor de acolhimento com classificação de risco, pois esta é a forma como é denominado o setor pelos próprios funcionários da instituição.

hierarquia resolutiva como a opção mais oportuna para operacionalizar a proposta de acolhimento (BRASIL, 2002).

A PNH é uma proposta do Ministério da Saúde que prioriza o atendimento com qualidade e a participação integrada dos gestores, trabalhadores e usuários na consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). É uma proposição desafiadora a nortear as ações cotidianas em saúde, no que se referem às mudanças dos modelos de atenção e de gestão das práticas de saúde, com a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde. Os valores que norteiam esta política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos (aqui incluídos usuários e profissionais de saúde), a co-responsabilidade entre estes, o estabelecimento de vínculos solidários, a participação coletiva no processo de gestão e a indissociabilidade entre atenção e gestão (BRASIL, 2004b).

O acolhimento, como parte essencial desta política, é uma ação tecno-assistencial que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social através de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde. O cenário de acolhimento (espaço físico) da instituição funciona junto à emergência durante os sete dias da semana, 24 horas por dia, e se destina a todos os usuários³ que procuram atendimento de urgência/emergência. A localização do setor é estratégica, na entrada da emergência da unidade.

Neste setor de acolhimento com classificação de risco, é realizada uma análise (Avaliação) e uma ordenação (Classificação) da necessidade identificada do usuário, distanciando-se do conceito tradicional de triagem e suas práticas de exclusão, no sentido de atenção⁴ a todos os usuários que procuram pelo serviço. A avaliação e classificação desenvolvidas (de forma sistemática) estão em acordo com o constante na PNH, que determina que

³ Vale destacar que há na literatura da avaliação de serviços de saúde pelo usuário uma vasta terminologia para designar o conceito de usuário: *patient*, *consumer*, *client*, *costumer* e *user*, com predomínio do primeiro, que usualmente carrega certa noção de “passividade”. Os termos *client*, *costumer* e *consumer* são oriundos do setor privado e refletem a percepção de que o papel do usuário na arena dos serviços de saúde deve ser similar ao papel que exercem quando compram produtos e serviços no mercado. *Consumer* encontra-se mais relacionado à idéia de coletividade, enquanto *costumer* refere-se ao indivíduo. O termo “cliente” (*client*) designa mais explicitamente aquele que paga pelo serviço. O termo “usuário” (*user*), por sua vez, é pouco utilizado em âmbito internacional, diferentemente do que acontece no Brasil, onde é empregado na literatura científica e nos documentos oficiais. **A utilização desse tem como pano de fundo a assunção de que o sujeito que usa os serviços de saúde está para além de um paciente ou de consumidor, visto que especificidades colocadas no campo da saúde necessariamente incorporam noções de cidadania, pressuposta pela idéia de direito social (ESPIRIDIANO; TRAD, 2006, grifo nosso).**

⁴ Entendse-se, aqui, que atenção seja diferente de atendimento (atender), já que posso dar atenção a todos os usuários sem, necessariamente, conseguir atendê-los.

a classificação de risco é um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento (BRASIL, 2004b, p. 20).

Franco, Bueno e Merhy (1999, p. 347) afirmam que o acolhimento propõe inverter a lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, partindo dos seguintes princípios:

- 1) “atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal. Assim, o serviço de saúde assume sua função precípua, a de acolher, escutar e dar uma resposta positiva, capaz de resolver os problemas de saúde da população;
- 2) reorganizar o processo de trabalho, a fim de que este desloque seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional – equipe de acolhimento –, que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde;
- 3) qualificar a relação trabalhador-usuário, que deve dar-se por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania.”

Assim, concordo, ainda, com a afirmação de que

estas duas tecnologias, Acolhimento e Avaliação/Classificação de Risco, portanto, têm objetivos diferentes, mas complementares, podendo, dada a singularidade dos serviços, coexistirem ou funcionarem separadamente no contexto físico, mas jamais díspares no processo de trabalho. Neste entendimento, o acolhimento com avaliação e classificação de risco configura-se como uma das intervenções potencialmente decisivas na reorganização e realização da promoção da saúde em rede, pois se faz a partir da análise, problematização e proposição da própria equipe, que se constitui como sujeito do seu processo de trabalho. (BRASIL, 2004b, p. 17).

Há visualização empírica de um objetivo de repasse do problema dos usuários tendo como foco a doença e o procedimento, e não o sujeito e suas necessidades. Desdobra-se daí a questão do acesso aos serviços que, de modo geral, é organizado burocraticamente a partir das filas por ordem de chegada, sem avaliação do potencial de risco, agravo ou grau de sofrimento.

É importante salientar que, aqui, pretendeu-se analisar não o setor acolhimento como espaço físico (simplesmente um setor), mas sim as relações cotidianas que se dão neste microespaço. Buscando o significado que os profissionais do acolhimento dão para o trabalho que desenvolvem no setor (ou seja, como é este acolhimento no cotidiano desta equipe de enfermagem⁵ – qual a prática que eles desenvolvem neste microespaço e como a equipe

⁵ Utilizou-se o termo “enfermagem” no sentido de uma categoria profissional inserida em uma equipe multiprofissional, em uma equipe de saúde.

interage entre si), pôde-se observar a dificuldade e/ou facilidade de um fazer coerente com o que a própria PNH determina.

Souza e Bastos (2008) destacam que as unidades de urgência e emergência, historicamente, são consideradas a referência para tratamento de todo e qualquer caso pela população em geral, por serem locais com atendimento rápido e resolutivo. Apoiando-se em tal concepção, o foco da atenção à saúde voltada para o pilar da doença, da cura, e não da prevenção, torna arraigado na cultura geral o foco em pronto atendimento. A população passa a entender o serviço de urgência e emergência não como um serviço voltado para o atendimento de usuário em risco de morte, mas, sim, como alternativa para a falta de retaguarda na atenção básica e procura de agilidade e resolutividade de tratamento. A equipe multiprofissional vivencia esta situação cotidianamente no setor de acolhimento. Essas dificuldades são tão reais e conhecidas pelos profissionais da unidade que, mesmo que o serviço da mesma seja de urgência/emergência, o atendimento aos usuários, com problemas que deveriam ser resolvidos nas unidades básicas, é realizado. Tal fato, com o passar do tempo, faz com que os profissionais que vivenciam esta situação fiquem “esgotados”, com um nível de cansaço crescente. O atendimento, com isso, passa a ficar prejudicado, afinal, a demanda é cada dia maior.

Ainda de acordo com os autores (Souza; Bastos, 2008), nesse contexto, os serviços de urgência e emergência de todo o País se vêem superlotados, com demandas que se misturam: usuário com real situação de urgência e emergência e usuários com necessidade (própria) de atendimento de baixa complexidade juntos no mesmo ambiente, o que dificulta a visualização e o estabelecimento de prioridades de atendimento (ou seja, dificulta a operacionalização do sistema no cotidiano). Eles se vêem cercados por uma demanda grande e diversa, gerando insatisfação e revolta na população em geral, que julga que os serviços devem absorver a demanda, prestando atendimento a todos os que procuram as unidades.

Temos visto que, apesar dos avanços e das conquistas do SUS e desde a implantação da PNH em 2003, ainda existem possibilidades de avanço frente aos contínuos desafios de encampar e dar forma, no cotidiano, aos preceitos propostos, tendo como norte para a atuação prática os modelos de atenção que se processam por via da gestão dos serviços, particularmente no que se refere ao acolhimento do usuário na emergência de um serviço de saúde pública.

Nos últimos anos, o modo de administrar os serviços de saúde tornou-se uma possibilidade concreta de construir uma nova forma de produzir mudanças. Segundo Campos (1991), “(...) a adoção de um dado padrão de gerência de sistemas de saúde é um elemento tão

essencial à manutenção de um determinado padrão de serviço como à sua reforma radical” (CAMPOS, 1991, p. 34). Para o autor, a política (a qual ele se refere) é de grande importância na construção dessa nova prática, cuja gênese, na perspectiva de ampliar o modo de assistência e atenção em saúde, encontra-se na proposta da Reforma Sanitária e no repensar o Sistema de Saúde.

A gestão nos hospitais concentra um importante foco, ou mesmo uma entrada, para se pensar a Gestão em Saúde. Pensar a Gestão em Saúde é pensar o processo de trabalho como produtor de algo. Campos (1992) afirma que, na saúde, o consumidor, ou seja, o usuário, busca ações de saúde – ações com valor inestimável, posto que permitem mantê-lo vivo, possibilitam a autonomia dele para viver. São ações com valor de uso.

Segundo Merhy (2000), “Nos serviços de saúde, o trabalho vivo em ato, produtor de bens finais, intervém permanentemente na dupla dimensão (dobra) da gestão: é ação sobre o processo de definição micropolítico da política e é ação operadora da produção de bens” (MERHY, 2000, p. 140).

Além de operar sobre esta dobra, a gestão em saúde tem como desafios: superar o modelo tradicional centrado em aspectos financeiros e de administração de material; desenvolver linhas teóricas que consigam um olhar diferenciado para as especificidades nesse campo; superar o reducionismo na atenção à saúde e, por fim, criar práticas democráticas na dinâmica gerencial (ABRAHÃO, 2004).

Assim, o trabalho de um profissional, qualquer que seja sua atividade, depende tanto da qualidade técnica como da qualidade interacional, isso na saúde significa criar condições de possibilidades para a construção cotidiana de práticas de humanização e responsabilização. Os profissionais de enfermagem, interferindo positivamente, podem modificar as condições de saúde e de vida da população, portanto, exigem-se destes profissionais, ética e responsabilidade na medida em que estes devem reconhecer que o usuário do serviço, é um ser repleto de necessidades complexas e nem sempre objetivadas em uma doença.

2Para isso, é necessário que haja planejamento. A saúde, como um setor público da sociedade, incorpora e emprega a lógica do planejamento para seus serviços e para a organização do seu próprio sistema de saúde. O planejamento constitui uma possibilidade de aproximação real às necessidades e demandas da população, uma forma de conjugar aquilo que realmente a população necessita para manutenção de uma vida equilibrada e autônoma na saúde, e aquilo que os serviços de saúde ofertam. De outra forma, consiste na criação de espaços de diálogo entre o serviço e a população, entre o serviço e os profissionais, e no interior da própria equipe de saúde (ABRAHÃO, 2007).

A adoção do planejamento como uma ferramenta do processo de trabalho em saúde implica o reconhecimento de que todo profissional que compõe a equipe de saúde planeja suas ações, e, neste sentido, opera com um conjunto de tecnologias capazes de aproximar as necessidades de saúde às ofertas dos serviços. São tecnologias que não necessariamente estão acompanhadas de um método, mas sim empregadas em acordo com a realidade apresentada (ABRAHÃO, 2007).

Abrahão (2007) afirma que é impossível pensar o sujeito que planeja fora da realidade, pois é no real que atuamos e estamos inseridos, e é também nele que sujeitos e objetos se encontram. Logo, a dissociação de sujeito e objeto torna-se impossível, pois ambos estão no mesmo plano do real. O planejamento, nesta perspectiva, passa a ser colocado como uma prática social, no real, capaz de transformar democraticamente a sociedade.

A prática do planejamento no setor saúde deve ser empregada no sentido de aumentar o grau de responsabilidade com os resultados, sem, contudo, priorizar o método em detrimento do sujeito, ou seja, na busca de um modo de atuar sobre a realidade, é necessário considerar o artifício do planejar sem desconsiderar as relações existentes entre os sujeitos (ABRAHÃO, 2007).

Como um meio tecnológico de operar sobre as práticas sociais, o planejamento em saúde pode ser uma ferramenta útil na condução do processo de trabalho das equipes de saúde e como um espaço de exercício democrático. No processo de trabalho em saúde, e nas inter-relações que são estabelecidas no interior da equipe, o uso do planejamento é empregado como fio condutor dos diferentes saberes (ABRAHÃO, 2007).

Abrahão (2007) afirma que, de maneira geral, o planejamento é um meio de estabelecer critérios para a ação, atividades que organizam os modos e as formas que orientam o alcance dos objetivos.

O planejamento se constitui como uma ferramenta indispensável para a gestão de sistemas e organizações, com a pretensão de se tornar um método de operar sobre a realidade. Caracterizado pela incerteza, o planejamento é uma escolha de caminhos para a ação, ou seja, configura uma opção que se adota de forma antecipada. É um modo de, no tempo presente, construir o futuro (ABRAHÃO, 2007).

Nesse contexto, visualizo o SUS (inserido no Ministério da Saúde) como sendo o nível superior da hierarquia (desenvolvendo a macropolítica do processo de trabalho em saúde), utilizando-se da PNH como decisão estratégica numa tentativa de “humanizar a saúde”.

Esclareço que ao falar de uma hierarquia no SUS, atrelo minha perspectiva a aspectos da administração, e mais especificamente do planejamento estratégico (que é pouco utilizado

pelos enfermeiros do acolhimento – e sim pela gerente de enfermagem do hospital –, ao contrário do planejamento operacional, utilizado cotidianamente neste setor) que surgiu na década de 60 no momento em que as grandes organizações sentiram a necessidade de aperfeiçoar seus processos de planejamento e gerência⁶ e manter-se alerta para possíveis modificações futuras (MOTTA, 1998).

Estratégia é o conjunto de decisões fixadas em um plano ou emergentes do processo organizacional, que integra missão, objetivos e seqüência de ações administrativas num todo interdependente. Portanto, estratégia tanto pode ser guias de ação definidos *a priori* quanto o conjunto de resultados definidos *a posteriori* como produto de comportamentos organizacionais específicos (MOTTA, 1998, p. 82).

É essencialmente um processo gerencial, que se concentra nos níveis hierárquicos mais elevados da organização e que não pode ser concebido como atividade clássica de planejamento, delegável a comissões ou grupos de planejamento. Constitui a essência da gerência de alto nível, sobre a qual recai o maior peso da responsabilidade externa e interna pelos rumos da organização (MOTTA, 1998).

Ou seja, a partir de Motta (1998) exercitei uma visualização gráfica de SUS de acordo com a forma retangular, em que se utiliza de uma decisão estratégica muito maior (um direcionamento de longo prazo) que os outros níveis hierárquicos e utiliza pouco do operacional.

Penso na Secretaria Estadual de Saúde (SES) como sendo o nível intermediário da hierarquia (também desenvolvendo a macropolítica, mas, também, realizando um município micropolítico). De acordo com a forma retangular, esse nível hierárquico utiliza, na mesma proporção, de decisão estratégica e do operacional.

Já o acolhimento encontra-se no nível inferior da hierarquia (desenvolvendo micropolítica com atos de saúde). Neste nível, utiliza-se muito pouco de decisão estratégica e muito do operacional. Para que isso aconteça, é necessário que haja um processo de gerência da unidade, envolvendo e implicando de diferentes formas a equipe de enfermagem.

⁶ A gerência é a arte de pensar, de decidir e de agir; é a arte de fazer acontecer, de obter resultados. Resultados que podem ser definidos, previstos, analisados e avaliados, mas que têm de ser alcançados através das pessoas e numa interação humana constante (MOTTA, 1998, p. 26).

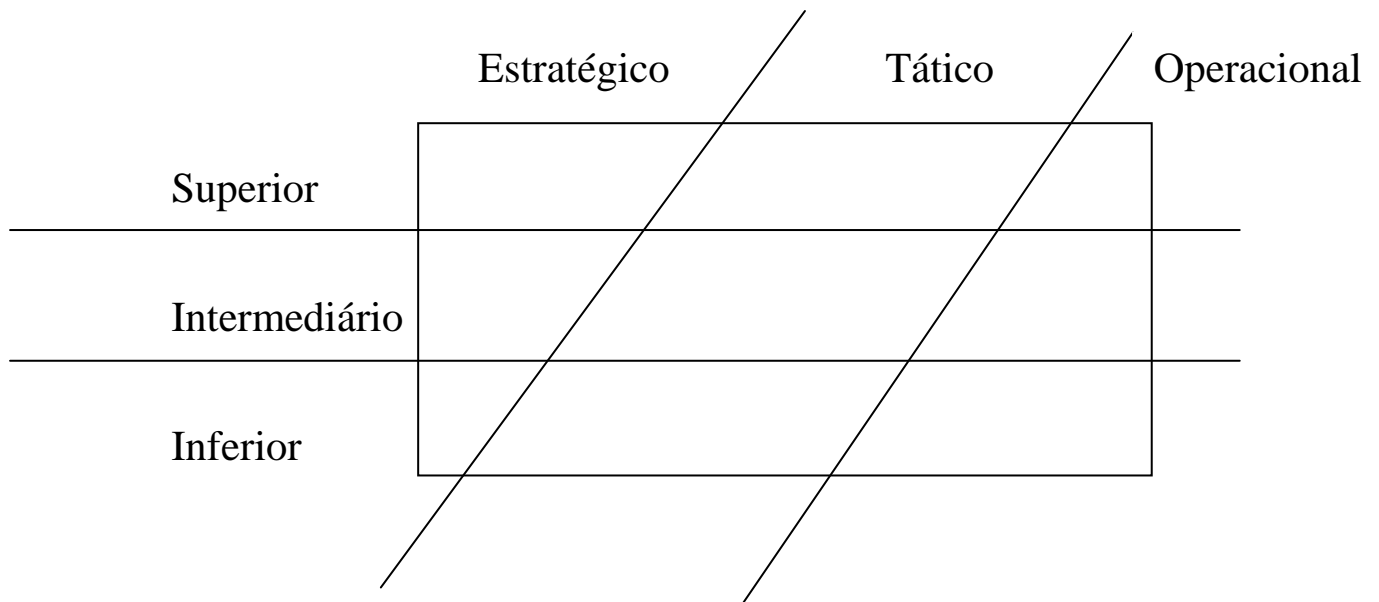


FIGURA 1 – Forma Retangular (adequação à visão hierárquica) (MOTTA, 1998, p. 93).

Motta (1998) afirma, ainda, que a estratégia permeia toda a organização, embora existam níveis diversos de formulação estratégica. O mesmo se pode dizer da formulação tática. Diferenças entre estratégia e tática são bastante tênues, pois são da mesma natureza. Tática se insere na estratégia; as diferenças são de escopo, amplitude, escala de ação e de tempo. Tática se refere a dimensões de curto prazo, de objetivos restritos, e a decisões e ações proativas e adaptativas de alcance limitado. Estratégia diz respeito a todo um direcionamento de longo prazo, que estabelece a base para que as diferentes táticas sejam continuamente direcionadas a um propósito mais amplo.

Decisões táticas e estratégicas são tomadas em todos os níveis de organização e não são necessariamente separáveis por níveis hierárquicos, muito embora se possa verificar, nos níveis mais elevados, uma preocupação maior com decisões estratégicas, sem que isso demonstre falta de envolvimento dos dirigentes de alto nível com as decisões táticas. Por outro lado, as informações para decisões estratégicas são captadas e processadas em todos os níveis hierárquicos, porque as transações da organização com seu ambiente se fazem

independentemente de níveis e por todos os setores, inclusive os descentralizados e os de poucos ou nenhum contato com o público e clientela (MOTTA, 1998).

Motta (1998) lembra que nenhuma estrutura organizacional é funcionalmente especializada ou hierarquicamente definida a ponto de retratar um rigidez que coadune com as categorias de estratégico, tático e operacional. Essas próprias categorias possuem diferenças tão tênues e dependentes dos propósitos da organização que seria fantasioso, em termos práticos, operacionalizá-las por níveis hierárquicos que não fosse a forma retangular (Figura 1), por exemplo.

Visando atender a temática proposta e observando o referencial teórico-metodológico a ser utilizado na análise deste projeto de estudo, definiu-se como **questões norteadoras**:

- Quais as atividades desenvolvidas no cotidiano dos enfermeiros no acolhimento da emergência?
- O que é o acolhimento da emergência para os enfermeiros?
- Como se dá a gerência de enfermagem no acolhimento da emergência?

Assim, a partir do exposto, o **objeto de estudo** foi “O acolhimento com classificação de risco da emergência e os aspectos gerenciais para os enfermeiros”.

Os **objetivos** a serem atendidos a partir do presente objeto de estudo foram:

- Descrever as atividades cotidianas do acolhimento da emergência pelos enfermeiros.
- Identificar o entendimento de acolhimento para os enfermeiros.
- Analisar a gerência (do cotidiano) dos enfermeiros no acolhimento da emergência.

Justificativas do estudo

Assim, iniciou-se um primeiro momento de levantamento bibliográfico sobre o tema, nos meses de março a setembro de 2010, na BIREME, nas bases de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e BDENF (Base de Dados de Enfermagem), e na Scielo (Scientific Electronic Library Online) Brasil. Para o levantamento dos artigos, utilizaram-se os descritores “acolhimento”, “enfermagem” e “risco ajustado”, realizando o seguinte agrupamento: “acolhimento” AND “enfermagem” e “acolhimento” AND “risco ajustado”. Para compor a amostra utilizaram-se os seguintes critérios: artigos publicados em periódicos nacionais; artigos que abordem a temática

acolhimento com classificação de risco, dentro de todas as áreas de interesse da enfermagem, independente do método de pesquisa utilizado; periódicos indexados nas bases de dados LILACS e BDNF, e na Scielo Brasil, a partir da integração dos descritores anteriormente citados; e, artigos publicados até o ano de 2009. Os artigos que não obedeceram a esses critérios não foram selecionados.

Foram encontrados, no total, 21 artigos. Inicialmente dois artigos foram selecionados, sendo, porém, duplicatas. Ou seja, apenas um artigo foi selecionado. Foi evidenciado no texto do artigo selecionado que o mesmo adequou-se aos critérios adotados para este estudo.

Em um segundo momento, devido a escassez de publicações encontradas com os descritores citados anteriormente, optou-se por realizar uma nova busca utilizando-se os descritores “triagem” (já que esta era, anteriormente à PNH, e com um propósito diferenciado, a expressão utilizada) e “enfermagem” (isolados e agrupados). Ainda, utilizaram-se os mesmos critérios de inclusão e exclusão da busca realizada com os descritores anteriormente pesquisados.

Ao final desta busca sistemática, pôde-se observar que a quantidade de publicações encontradas, mesmo utilizando-se o descritor “triagem”, é consideravelmente escassa. Sendo assim, este estudo justifica-se por pesquisar o cotidiano do acolhimento com classificação de risco na emergência. Observei que a grande maioria dos estudos sobre acolhimento está voltada para o acolhimento nas Unidades Básicas de Saúde (aí incluindo toda a atenção primária) e estes não abordam a classificação de risco propriamente dita realizada nas emergências, explicitando uma lacuna importante na construção do conhecimento. Já em um segundo momento, há a necessidade do conhecimento da construção diária deste setor

Contribuições do estudo

Esta pesquisa integra-se ao Núcleo de Pesquisa Gestão em Saúde e Exercício Profissional em Enfermagem (GESPEN), do Departamento de Metodologia da Enfermagem, da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), inserindo nesse espaço de discussões científicas o tema acolhimento com classificação de risco e contribuindo no desenvolvimento de estudos referentes à questão da gerência de enfermagem na unidade.

Esta pesquisa é relevante, pois é acreditando que o acolher surge das diversas interações entre usuário/profissional que parto do princípio de que, este estudo servirá como

suporte para melhor direcionar a assistência de enfermagem para estes usuários. Acredito que, sob esta perspectiva, o estudo trará contribuições sob três aspectos.

O primeiro situa-se no contexto do ensino de enfermagem, pois essa temática apresenta uma articulação com os conteúdos teóricos que devem ser abordados no ensino de graduação, para aumentar os conhecimentos científicos dos estudantes, relacionados à prática da Enfermagem no setor de Acolhimento com Classificação de Risco da Emergência. Assim, esta pesquisa oferecerá oportunidades de reflexão aos estudantes, dentro do contexto acadêmico da formação do enfermeiro e nos cursos Lato Sensu e Stricto Senso.

Outra contribuição está dirigida para o contexto assistencial, pois a investigação explora as atividades cotidianas dos integrantes da equipe de enfermagem do acolhimento com classificação de risco. Esta pesquisa traz a possibilidade de tornar visível e trazer para a discussão, junto aos profissionais de enfermagem, a importância do trabalho desenvolvido no acolhimento objetivando múltiplos olhares sobre a assistência neste setor à luz da PNH.

O estudo ainda traz contribuições que se situam no âmbito da pesquisa, para os profissionais de enfermagem e áreas afins, pois ela se constitui em estímulo para os pesquisadores interessados pelo tema, possibilitando, então, intercâmbios com outros grupos de pesquisa. Dessa forma, ela poderá estimular o surgimento de novas pesquisas referentes ao cotidiano da equipe de enfermagem no setor de Acolhimento da Emergência e, conseqüentemente, à interação usuário/enfermeiro ou em outra situação assistencial qualquer, pois há escassez de trabalhos sobre esta temática. Espera-se que os resultados deste estudo possam suscitar outras pesquisas sobre a importância da PNH nos serviços de saúde contribuindo assim, para o fortalecimento desta política e, cada vez mais, para a melhoria das ações de Acolhimento nas diversas Unidades de Saúde.

Fundamentação Teórica

Serão discutidos, nos três próximos capítulos, as bases conceituais da PNH, da gestão contemporânea de Paulo Motta, do planejamento em saúde de Ana Lucia Abrahão e da micropolítica do processo de trabalho em saúde de Emerson Merhy (trabalho vivo em ato, composição técnica do trabalho e tecnologias de saúde – leve, leve-dura e dura).

SUS: ESPAÇO PROFÍCUO PARA O ACOLHIMENTO

Antes da década de setenta, o sistema de saúde brasileiro se preocupava basicamente com o combate em massa de doenças. Mas a partir dos anos 80, mudanças econômicas e políticas no país exigiram a substituição do modelo privatista por um outro modelo assistencial (SILVA; ALVES, 2008).

Segundo Bueno e Merhy (1997), a VIII Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986 influenciou a criação de um sistema que representasse a desconcentração das atividades do INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social) para as Secretarias Estaduais de Saúde. E, a conferência citada acima, conseguiu, pela primeira vez, dar supremacia a idéia de um sistema único de saúde público sob o controle do Estado. Ela estabeleceu também a saúde como direito de cidadania e, junto com o movimento social, a discussão dos princípios da Reforma Sanitária como diretrizes hegemônicas para o SUS.

Seguindo idéias surgidas nessa conferência, a Constituição Federal Brasileira de 1988 coloca a questão da saúde no Título VIII – Da Ordem Social, Capítulo I – Disposição Geral, Seção II – Da Saúde, compreendendo os arts. 196 a 200. O direito à saúde destaca-se por um cunho universalista, igualitário e solidarista. O art. 198 explicita a organização do sistema de saúde brasileiro: o Sistema Único de Saúde (SUS). Este foi regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde de 19 de setembro de 1990 e pela Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990.

A construção do SUS se norteia pelos seguintes princípios: a universalidade que declara que todas as pessoas têm direito ao atendimento independente da cor, religião, local de moradia, situação de emprego ou renda; a equidade que declara que os serviços de saúde devem considerar que cada grupo populacional vive de forma diferente possui problemas específicos, tem diferenças no modo de viver, de adoecer e de oportunidades para satisfazer suas necessidades de vida; a integralidade que declara que o atendimento deve ser feito para a saúde do indivíduo e não só para sua doença, as ações de promoção, prevenção e reabilitação

formam um conjunto indivisível, não podendo ser compartimentadas (SILVA; ALVES, 2008).

O SUS procura unificar todas as instituições e serviços de saúde num único sistema – um comando único no governo federal (Ministério da Saúde), um comando único nos estados (Secretarias Estaduais de Saúde) e um comando único nos municípios (Secretarias Municipais de Saúde) (MELO; CUNHA; TONINI, 2008).

A primeira coisa diferente que se observa na nova Lei Magna do país é que o direito à saúde passa a fazer parte daquilo que chamamos de seguridade social, junto com os direitos à previdência social (aposentadoria, pensão, etc. e à assistência social). Outra mudança importante é que “saúde não mais significa assistência médico-hospitalar, curativa ou preventiva. Saúde é o resultado de políticas públicas do Governo” (MELO; CUNHA; TONINI, 2008).

Podemos observar que a saúde aparece como um direito de cidadania cujo responsável legal passa a ser o Estado. Nesse sentido, há um avanço decorrente daquele chamado Estado de Bem-Estar Social, no qual são garantidas as condições mínimas de vida. As políticas sociais são políticas de garantia de condições de alimentação, de habitação, de educação, de meio ambiente, de transporte, de lazer, de liberdade e de acesso aos serviços de saúde. As políticas econômicas que devem garantir o direito à saúde estão representadas pela renda, pelo trabalho, pelo emprego e pelo acesso e posse da terra (MELO; CUNHA; TONINI, 2008).

A saúde é um direito de todos. Mas, atualmente, percebe-se que existe uma problemática em relação à garantia de acesso aos serviços de saúde, à assistência que não proporciona resolutividade aos usuários, à desqualificação e à equivocação dos profissionais diante do processo de trabalho em saúde e à falta de um ambiente terapêutico nos serviços (SILVA; ALVES, 2008).

Diferente do que é exposto na Lei nº 8.080 de 1990 e na Constituição Federal de 1988, não se tem por via do SUS a garantia ao acesso à saúde. É veiculado pela mídia que várias pessoas estão morrendo em filas de serviços de saúde aguardando atendimento. Percebe-se também que a integralidade não tem sido executada em todos os serviços da rede assistencial, o objeto de trabalho é a doença não o homem, impossibilitando que este encontre valorização das suas queixas, satisfação das suas necessidades e alcance, gradativamente, um maior coeficiente de autonomia diante da promoção de sua saúde (SILVA; ALVES, 2008).

Ao tratarmos de promoção da saúde no SUS, por tantos anos, tem-se utilizado a figura clássica de uma pirâmide para representar o modelo tecno-assistencial da implantação plena do SUS. Na sua ampla base, estaria localizado um conjunto de unidades de saúde,

responsáveis pela atenção primária a grupos populacionais situados em suas áreas de cobertura. Para esta extensa rede de unidades, distribuídas de forma a cobrir grupos populacionais bem definidos (populações adscritas) seria estabelecida, de uma forma geral, a seguinte missão: oferecer atenção integral à saúde das pessoas, dentro das atribuições estabelecidas para o nível de atenção primária, na perspectiva da construção de uma verdadeira “porta de entrada” para os níveis superiores de maior complexidade tecnológica do sistema de saúde.

Na parte intermediária da pirâmide estariam localizados os serviços ditos de atenção secundária, basicamente os serviços ambulatoriais com suas especialidades clínicas e cirúrgicas, o conjunto de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, alguns serviços de atendimento de urgência e emergência e os hospitais gerais, normalmente pensados como sendo hospitais distritais. O topo da pirâmide, finalmente, estaria ocupado pelos serviços hospitalares de maior complexidade, tendo no seu vértice os hospitais terciários ou quaternários, de caráter regional, estadual ou, até mesmo, nacional (CECÍLIO, 1997).

O autor (CECÍLIO, 1997) ainda complementa ao afirmar que o que a pirâmide quereria afinal representar seria a possibilidade de uma racionalização do atendimento, de forma que haveria um fluxo ordenado de pacientes tanto de baixo para cima como de cima para baixo, realizado através dos mecanismos de referência e contra-referência, de forma que as necessidades de assistência das pessoas fossem trabalhadas nos espaços tecnológicos adequados.

Porém, tanto os profissionais que atuam no setor saúde quanto os usuários que dele necessitam, ou seja, todos, podem afirmar que, atualmente, encontra-se dificultada a visão real de uma pirâmide. Cecílio (1997) afirma que, dentre outros fatos que demonstram esta afirmação, o fato de que a rede básica não tem conseguido se tornar a “porta de entrada” mais importante para o sistema de saúde. A “porta de entrada” principal continua sendo os hospitais, públicos ou privados, através dos seus serviços de urgência / emergência. Atesta isto o fato de os atendimentos hospitalares serem expressivamente maiores do que o atendimento total feito nas unidades básicas de saúde. Pronto-socorros sempre lotados são a imagem desta situação (CECÍLIO, 1997).

Segundo o DATASUS⁷, somente no mês de agosto de 2011, em todo o estado do Rio de Janeiro, houve 8.287.967 atendimentos ambulatoriais (quantidade aprovada de produção ambulatorial). Em contrapartida, e confirmando as afirmações de Cecílio, houve

⁷ DATASUS: Departamento de Informática do SUS.

30.099.016,13 atendimentos hospitalares (quantidade aprovada de procedimentos hospitalares), ou seja, mais de três vezes mais atendimentos que a rede básica (BRASIL, 2008).

Desde a década passada, Cecílio (1997) já apontava que os levantamentos realizados a respeito do perfil de morbidade da clientela atendida nos pronto-socorros mostram que a maioria dos atendimentos é de patologias consideradas mais “simples”, que poderiam ser resolvidas no nível das unidades básicas de saúde.

A partir destas dificuldades, alguns autores começaram a pensar o sistema de saúde como um círculo. Cecílio (1997) afirma que o círculo se associa com a idéia de movimento, de múltiplas alternativas de entrada e saída. Ele não hierarquiza. Abre possibilidades. Pensando desta forma, o centro de saúde é uma boa entrada para o sistema, assim como também o são os pronto-socorros hospitalares, as unidades especializadas de pronto-atendimento e tantos outros serviços. O autor ainda afirma que a escola pode ser uma boa porta de entrada, assim como a farmácia do bairro, a creche, o quartel e qualquer outro equipamento social.

Silva e Alves (2008) afirmam, ainda, que o trabalho em saúde precisa ser reestruturado, juntamente com o preparo do atendimento, construção de ambientes terapêuticos, qualificação profissional, adequabilidade na relação trabalhador/usuário e busca efetiva pela resolutividade dos problemas dos usuários.

O ACOLHIMENTO NO SETOR DE EMERGÊNCIA: MUDANÇAS PARADIGMÁTICAS

Os serviços de urgência/emergência são responsáveis pelo atendimento dos portadores de quadros agudos, de natureza clínica, traumática ou psiquiátrica com a finalidade de possibilitar a resolução dos problemas de saúde dos pacientes que os procuram. Esses serviços funcionam 24 horas, atuando como porta de entrada do SUS, para situações de média e alta complexidade. Tais serviços têm como desafio oferecer uma assistência de qualidade em um ambiente em que as urgências propriamente ditas, as urgências do indivíduo e as urgências sociais se misturam (BRASIL, 2002). A demanda de pessoas que procuram esse tipo de serviço cresce todos os dias, sendo a superlotação o fim mais previsível.

O usuário admitido na emergência na maioria das vezes encontra-se em situação de risco de vida, o qual traz alterações em seu modo de viver, desencadeando reações que geram angústias, como desconhecimento do diagnóstico, terapêutica, dúvidas e incertezas quanto ao futuro. A prestação do cuidado em emergência requer o saber fazer e a devida compreensão quanto ao julgamento e às medidas de vigilância, num entrosamento do pensar, imaginar, meditar, julgar, tratar, velar, intervir, vigiar, além de intervenções compatíveis com a complexidade assistencial (PEIXOTO, 2004).

Segundo Coelho (1991), a enfermeira de emergência deve ter uma visão do homem em sua totalidade, não somente no enfoque principal de cuidar usando meramente abordagem técnica necessária, e sim ter uma visão do homem de forma holística. A pessoa que busca o atendimento na emergência pode apresentar um quadro de alterações tais, que a fazem depender muito das ações dos profissionais e, em especial, da equipe de enfermagem que responde por 24 horas de cuidado e vigilância constante.

Ainda segundo a autora (COELHO, 1991), a construção do cuidado, na situação de emergência, é constituída, dentro das possibilidades do usuário e da equipe, o mais rápido possível, de forma que o tratamento seja objetivo, eficaz e voltado para a queixa principal e/ou situação apresentada, pois a delegação, a admissão e a alta de usuários, em curto espaço de tempo, bem como a tecnologia, são fronteiras desses cuidados. A enfermeira, em princípio, põe todas as suas energias nas ações, já que tem como função a manutenção de um corpo sadio; o corpo doente ou lesado sinaliza que houve ruptura nessa harmonia.

Porém, é importante salientar que há algo perceptível nas definições de Coelho. A autora apresenta parte de uma importante visão tradicional da triagem e da emergência (definições estas que são operacionalizadas no cotidiano das unidades de saúde que possuem setores de emergência). Em contrapartida a estas definições, diferindo na teoria (já que o acolhimento foi criado a partir de uma nova política – Política Nacional de Humanização da atenção e da gestão da saúde, a PNH – com o objetivo de, justamente, mudar o paradigma excludente da triagem) e na prática (já que a equipe de saúde está totalmente inserida nesse processo de busca ativa dos usuários com quadros mais graves) há o modelo tecno-assistencial do acolhimento com classificação de risco.

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) menciona que sempre que houver um desequilíbrio entre a demanda de usuários e os recursos médicos para atender a essas necessidades deve-se estabelecer um processo de seleção ou triagem dos casos. Triagem é uma palavra de origem francesa que significa “pegar, selecionar ou escolher”. É um processo utilizado em situações em que a emergência ultrapassa a capacidade de resposta da equipe de socorro (SOUZA; BASTOS, 2008).

A OPAS define triagem como sendo a classificação e seleção de feridos de guerra ou de um desastre para determinar a prioridade de necessidade e lugar adequado de tratamento. A triagem é definida, ainda, como um processo pelo qual um usuário é avaliado após sua chegada para determinar a urgência do problema e designar as fontes apropriadas de assistência médica capazes de cuidar do problema identificado. Por ser uma metodologia criada para ser utilizada em situações de caos, tem a limitação de se basear na idéia de exclusão (SOUZA; BASTOS, 2008).

Assim, a gravidade do quadro da vítima é que determina seu atendimento ou não. Tratando-se da demanda que procura o serviço de emergência que se estudou, sua constituição é, em sua maior parte, de usuários desgarrados da atenção primária e que procuram a unidade em busca de atendimento rápido e resolutivo. Como o sistema de triagem é agressivo e excludente, não se adequaria a essa realidade, visto que excluiria a maior parcela da demanda por atendimento e faria com que o usuário se sentisse desfavorecido e insatisfeito com o atendimento.

Desde a XI Conferência Nacional de Saúde, CNS (2000), a temática “Humanização” (no campo da saúde) se anuncia, tendo como título “Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social”, influenciando nas agendas das políticas públicas de saúde.

De 2000 a 2002, o Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar (PNHAH) iniciou ações em hospitais com o intuito de criar comitês de humanização voltados para a melhoria na qualidade da atenção ao usuário e, mais tarde, ao trabalhador. Tais iniciativas encontravam um cenário ambíguo em que a humanização era reivindicada pelos usuários e alguns trabalhadores e, no mínimo, secundarizada pela maioria dos gestores e dos profissionais (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

O PNHAH constituiu-se de uma política ministerial bastante singular se comparada a outras do setor, pois se destina a *promover uma nova cultura de atendimento à saúde* (BRASIL, 2000, grifo do autor) no Brasil. O objetivo fundamental do PNHAH é o de aprimorar as relações entre profissionais, entre usuários e profissionais e entre a instituição e a comunidade, visando à melhoria da *qualidade e à eficácia dos serviços prestados por estas instituições* (BRASIL, 2000, grifo do autor).

Posteriormente (em 2003), o Programa foi substituído por uma perspectiva transversal, constituindo uma política de assistência e não mais um programa específico, a PNH (ou HumanizaSUS).

Como política, a humanização deveria traduzir princípios e modos de operar no conjunto das relações entre todos que constituem o SUS. Era principalmente o modo coletivo e co-gestivo de produção de saúde e de sujeitos implicados nesta produção que deveria orientar a construção da PNH como política pública (BENEVIDES; PASSOS, 2005b).

O projeto da PNH foi afirmar a saúde não como valor de troca, mas como valor de uso (CAMPOS, 2000), o que faz com que se altere o padrão de atenção no sentido da ênfase no vínculo com os usuários, garantindo seus direitos. Estimulava-se o protagonismo dos atores do sistema de saúde fosse pela sua ação de controle social, fosse pelo fomento de mecanismos de co-gestão. Garantir melhores condições para os trabalhadores e gestores realizarem seu trabalho foi outra direção da PNH. A humanização como política pública deveria criar espaços de construção e troca de saberes, investindo nos modos de trabalho em equipe, ou seja, lidar com necessidades, desejos e interesses destes diferentes atores (BENEVIDES; PASSOS, 2005b).

Segundo Benevides e Passos (2005b), humanizar a atenção e gestão em saúde no SUS se apresentava como objetivo / meta para a qualificação das práticas de saúde: acesso com acolhimento; atenção integral e equânime com responsabilização e vínculo; valorização dos trabalhadores e usuários com avanço na democratização da gestão e no controle social participativo.

Com isso, o Ministério da Saúde (destaca-se, aí, o SUS como nível hierárquico superior – estratégico) definiu os seguintes princípios norteadores da PNH (BRASIL, 2004c):

1. Valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, fortalecendo/estimulando processos integradores e promotores de compromissos/responsabilização;
2. Estímulo a processos comprometidos com a produção de saúde e com a produção de sujeitos;
3. Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, estimulando a transdisciplinaridade e a grupalidade;
4. Atuação em rede com alta conectividade, de modo cooperativo e solidário, em conformidade com as diretrizes do SUS;
5. Utilização da informação, da comunicação, da educação permanente e dos espaços da gestão na construção de autonomia e protagonismo de sujeitos e coletivos.

E, com a sua implementação (planejamento tático), quatro prioridades e marcas são estabelecidas:

1. Serão reduzidas as filas e o tempo de espera com ampliação do acesso e atendimento acolhedor e resolutivo baseados em critérios de risco;
2. Todo usuário do SUS saberá quem são os profissionais que cuidam de sua saúde, e os serviços de saúde se responsabilizarão por sua referência territorial;
3. As unidades de saúde garantirão as informações ao usuário, o acompanhamento de pessoas de sua rede social (de livre escolha) e os direitos do código dos usuários do SUS;
4. As unidades de saúde garantirão gestão participativa aos seus trabalhadores e usuários, assim como educação permanente aos trabalhadores.

A Humanização se define em aumentar o grau de co-responsabilidade dos diferentes atores que constituem a rede SUS, na produção da saúde, implica mudança na cultura da atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho. Tomar a saúde como valor de uso é ter como padrão da atenção o vínculo com os usuários, é garantir os direitos dos usuários e seus familiares, é estimular a que eles se coloquem como atores do sistema de saúde por meio de sua ação de controle social, mas é também ter melhores condições para que os profissionais efetuem seu trabalho de modo digno e criador de novas ações e que possam participar como co-gestores de seu processo de trabalho (BRASIL, 2004c).

Os caminhos-dispositivos traçados, desde os anos 80, à luz da PNH, com o viés da mudança do paradigma, não excluindo, mas estratificando e regulando a demanda, inicia a implementação do acolhimento com classificação de risco.

Como dito anteriormente, o acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e *pactuar* respostas mais adequadas aos usuários. Implica prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o usuário e a família em relação a outros serviços de saúde para a continuidade da assistência, intencionando um fluxo de referência e contra-referência (operar em rede), e estabelecendo articulações com esses serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos (BRASIL, 2004b). Desse modo, difere da triagem, uma vez que se apresenta como ação que deve ocorrer em todos os momentos no serviço de saúde.

Acolher com a intenção de resolver os problemas de saúde das pessoas que procuram uma unidade de saúde pressupõe que todas as que procuram a unidade deverão ser acolhidas por profissional da equipe técnica. O profissional deverá escutar a queixa, os medos e as expectativas; identificar riscos e vulnerabilidade, acolhendo também a avaliação do próprio usuário; e se responsabilizar para dar uma resposta adequada ao problema, conjugando as necessidades imediatas dos usuários com a oferta de serviço de urgência e emergência disponível, produzindo um direcionamento responsável e resolutivo à demanda de cada pessoa (SOUZA; BASTOS, 2008).

Barchifontaine (2006 *apud* FONSECA et al., 2006), interpreta Humanização como a garantia da dignidade humana, através da linguagem que fazemos nas nossas relações interpessoais no processo de comunicação com o outro, pois a humanização depende de nossa capacidade de falar e de ouvir, depende do diálogo com os nossos semelhantes.

Merhy (1994) propõe refletir como têm sido nossas práticas nos diferentes momentos de relação com os usuários. O autor afirma que uma das traduções de acolhimento é a relação humanizada, acolhedora, que os trabalhadores e o serviço, como um todo, têm de estabelecer com os diferentes tipos de usuários.

Os trabalhadores, interferindo positivamente, modificam as condições de saúde e de vida da população, portanto, exige-se um profissional ético e responsável na medida em que este deve reconhecer que o usuário do serviço é um ser com necessidades complexas e nem sempre objetivadas em uma doença. Sendo assim, a equipe de saúde deve buscar uma relação mais próxima com as pessoas e suas necessidades e, para isto, desenvolver habilidades.

Ainda, esta perspectiva não se afina com a de Coelho (1991), mas sim com a do modelo tecno-assistencial do acolhimento.

Muitas vezes, é preciso escutar além do que a pessoa verbaliza e observar a sua linguagem corporal e suas expressões. O profissional de saúde tem a responsabilidade de reconhecer os problemas, necessidades ou preocupações do usuário que o procura. Muitas vezes, o usuário não consegue verbalizar o seu problema ou sua angústia, como gostaria, seja por falta de confiança no profissional, ou porque este direciona o fluxo de informações, fazendo determinadas perguntas, ou por falta de tempo neste encontro entre usuário e profissional.

Assim, acolher é dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito a, agasalhar, receber, atender, admitir. O acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão (BRASIL, 2009).

Essa atitude implica, por sua vez, estar em relação com algo ou alguém. É exatamente nesse sentido, de ação de “estar com” ou “estar perto de”, que há necessidade de afirmar o acolhimento como uma das diretrizes de maior relevância ética/estética/política da PNH do SUS:

- ética no que se refere ao compromisso com o reconhecimento do outro, na atitude de acolhê-lo em suas diferenças, suas dores, suas alegrias, seus modos de viver, sentir e estar na vida;
- estética porque traz para as relações e os encontros do dia-a-dia a invenção de estratégias que contribuem para a dignificação da vida e do viver e, assim, para a construção de nossa própria humanidade;
- política porque implica o compromisso coletivo de envolver-se neste “estar com”, potencializando protagonismos e vida nos diferentes encontros.

Merhy et al. (2004), entendem acolhimento como a possibilidade de universalizar o acesso, abrir as portas da unidade a todos os usuários que dela necessitarem. E ainda como a escuta qualificada (que entendo ser a importância em escutar o que o usuário tem a falar, sendo, basicamente, o que diferencia o atendimento a este em uma recepção qualquer do acolhimento feito pelo enfermeiro – ainda, essa escuta é munida pela “caixa de ferramentas”⁸) do usuário, o compromisso com a resolução do seu problema de saúde, dar-lhe sempre uma resposta positiva e encaminhamentos seguros quando necessário. Eles entendem que o

⁸ Aqui entendida como o conjunto de saberes que se dispõe para a ação de produção dos atos de saúde (MERHY, 2002, p. 118).

acolhimento, ao contrário do que muitos pensam, produz autonomia do usuário, e não dependência, pois este participa das decisões tomadas a respeito das questões trazidas por ele.

O acolhimento expressa uma ação de aproximação, de relação com o usuário que procura os serviços de saúde, a qual não se restringe apenas ao ato de receber, mas se constitui em uma seqüência de atos e modos que compõem as metodologias dos processos de trabalho em saúde em qualquer nível de atenção (PROCHNOW et al., 2009) que entendo como sendo a operacionalização desse trabalho em saúde.

Franco, Bueno e Merhy (1999) defendem o acolhimento como dispositivo para interrogar processos intercessores que constroem relações nas práticas de saúde, buscando a produção da responsabilização clínica e sanitária e a intervenção resolutiva, reconhecendo que, sem acolher e vincular, não há produção dessa responsabilização.

Nesse funcionamento, o acolhimento deixa de ser uma ação pontual e isolada dos processos de produção de saúde e se multiplica em inúmeras outras ações, que, partindo do complexo encontro entre o sujeito profissional de saúde e o sujeito demandante (usuário), possibilitam que sejam analisados:

- o ato da escuta e a produção de vínculo como ação terapêutica;
- as formas de organização dos serviços de saúde;
- o uso ou não de saberes e afetos, para a melhoria da qualidade das ações de saúde, e o quanto esses saberes e afetos estão a favor da vida;
- a humanização das relações em serviço;
- a adequação da área física e a compatibilização entre a oferta e a demanda por ações de saúde;
- a governabilidade das equipes locais; e
- os modelos de gestão vigentes na unidade de saúde.

É importante acentuar que o conceito de acolhimento se concretiza no cotidiano das práticas de saúde por meio da escuta qualificada e da capacidade de pactuação entre a demanda do usuário e a possibilidade de resposta do serviço. Deve se traduzir em qualificação da produção de saúde, complementando-se com a responsabilização daquilo que não se pode responder de imediato, mas que é possível direcionar de maneira ética e resolutiva, com segurança de acesso ao usuário. Nesse sentido, todos os profissionais de saúde fazem acolhimento (BRASIL, 2009).

Entretanto, as portas de entrada dos serviços de saúde podem demandar a necessidade de um grupo preparado em promover o primeiro contato do usuário com os serviços de saúde (como prontos-socorros, ambulatórios de especialidades, centros de saúde, entre outros),

grupo este afeito às tecnologias relacionais, à produção de grupalidades, à elaboração e ao manejo de banco de dados com informações sobre a demanda, o serviço e a rede de saúde, de apoio e proteção social (BRASIL, 2009).

É preciso esclarecer a “qual” acolhimento estamos nos referindo, já que algumas dessas experiências inscreveram o acolhimento numa atitude voluntária de bondade e favor, por parte de alguns profissionais, diferentemente dos significados de acolhimento compartilhados e apresentados na PNH.

O TRABALHO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO ACOLHIMENTO

Penso que um dos desafios da discussão acerca do modo como estruturam-se e gerenciam-se os processos de trabalho nos diversos tipos de serviços de saúde seja “a busca por uma ‘coletivização’ da gestão dos processos de trabalho em saúde, cotidianamente, tomando como referência-chave o interesse do(s) usuário(s) dos serviços, representado enquanto necessidades de saúde” (MERHY; ONOCKO, 2007).

Traz-se a compreensão de que o trabalho desenvolvido pela equipe de enfermagem, integrante da equipe multiprofissional do acolhimento, implica em uma atuação inscrita na micropolítica do processo de trabalho e suas articulações, tensões e arranjos no contexto institucional e da macropolítica do SUS. Desta forma, compreender a micropolítica do trabalho em saúde do setor de acolhimento com classificação de risco permitiu a identificação de “dispositivos” de mudanças.

Em um primeiro momento, contextualiza-se a micropolítica do trabalho vivo na saúde como sendo o lugar onde se governam os processos institucionais, ao ser o espaço da formulação e decisão de políticas, o lugar que permite imprimir direcionalidade aos atos produtivos, no interior dos serviços, ao governar processos de trabalho (MERHY; ONOCKO, 2007).

Em se tratando de micropolítica de organização dos processos de trabalho, têm-se como primeira referência as contribuições de Ricardo Bruno Mendes Gonçalves (GONÇALVES, 1994) que trouxe para este campo de análise os conceitos de “tecnologias materiais” para os instrumentos e “tecnologias não materiais” para os conhecimentos técnicos usados na produção da saúde.

Merhy (2002) afirma que além dos instrumentos e conhecimento técnico, lugar de tecnologias mais estruturadas, há um outro, o das relações, que tem se verificado como fundamental para a produção do cuidado. O autor parte do pressuposto que o trabalho em saúde é sempre relacional, porque é dependente de trabalho vivo em ato, isto é, do trabalho no momento em que este está sendo produzido. Estas relações podem ser de um lado, sumárias e burocráticas, onde a assistência se produz centrada no ato prescritivo, compondo um modelo que tem na sua natureza, o saber médico hegemônico, produtor de procedimentos. Por outro

lado, estas podem se dar como relações interseçoras⁹ estabelecidas no trabalho em ato, realizado no cuidado à saúde.

A estas, o autor (MERHY, 2002) chama de tecnologias leves, pelo seu caráter relacional, que a coloca como forma de agir entre sujeitos trabalhadores e usuários, individuais e coletivos, implicados com a produção do cuidado. Às tecnologias inscritas nos instrumentos, ele identifica como tecnologias duras, porque já estão estruturadas para elaborar certos produtos da saúde, e ao conhecimento técnico, o autor identificou uma parte dura (estruturada) e outra leve (tecnologia leve-dura – que diz respeito ao modo singular como cada profissional aplica seu conhecimento para produzir o cuidado).

À medida que vamos nos aproximando dos momentos de relações dos usuários com os serviços de saúde e os seus trabalhadores, para verificarmos o seu funcionamento, vamos nos surpreendendo com a descoberta de que: sempre que houver um “processo relacional” de um usuário com um trabalhador haverá uma dimensão individual do trabalho em saúde, realizado por qualquer trabalhador, que comporta um conjunto de “ações clínicas”. “Ações clínicas” no sentido do encontro de necessidades com processos de intervenção tecnologicamente orientados, que visam “operar” sobre o campo das necessidades que se faz presente neste encontro, na busca da perseguição de fins implicados com a manutenção e/ou recuperação de um certo modo de viver a vida (FRANCO; BUENO; MERHY, 2007).

Historicamente, a formação do modelo assistencial para a saúde esteve centrado nas tecnologia duras e leve-duras, visto que aquele se deu a partir de interesses corporativos, especialmente dos grupos econômicos que atuam na saúde. No plano da organização micropolítica do trabalho em saúde, este modelo produziu uma organização do trabalho com fluxo voltado à consulta médica, onde o saber médico estrutura o trabalho de outros profissionais, ficando a produção do cuidado dependente de tecnologias duras e leve-duras (MERHY, 2002). Penso que esta seja, atualmente, a operacionalização do acolhimento.

Observando o fazer cotidiano de um trabalhador da saúde, no seu microespaço de trabalho, em especial a micropolítica que ali se desenvolve, tem-se constatado que ao realizar o cuidado, ele opera no seu processo de trabalho um núcleo tecnológico composto de “Trabalho Morto” (TM) e “Trabalho Vivo” (TV). No caso, Trabalho Morto são os

⁹ “O termo interseçores está sendo usado aqui com sentido semelhante ao de Deleuze, no livro *Conversações*, que discorre sobre a interseção que Deleuze e Guatarri constituíram quando produziram o livro *Antiedipo*, que não é um somatório de um com outro e produto de quatro mãos, mas um ‘inter’, interventor. Assim, uso esse termo para designar o que se produz nas relações entre ‘sujeitos’, no espaço das suas interseções, o que é um produto que existe para os ‘dois’ em ato e não tem existência sem o momento da relação em processo, e na qual os inter se colocam como instituintes na busca de novos processos, mesmo um em relação ao outro” (MERHY, 2002, p. 50-1).

instrumentos, e é definido assim porque sobre eles já se aplicou um trabalho pregresso para sua elaboração. As matérias-primas são produtos de trabalhos humanos anteriores, que nos seus momentos de ação tinham uma dimensão viva, mas que agora estão expressando um trabalho morto, resultado do vivo anterior que o produziu (MERHY, 2002). Trabalho Vivo é o trabalho em ato, campo próprio das tecnologias leves.

Portanto, o trabalho em si atua como Trabalho Vivo em ato e os instrumentos usados, bem como a organização do processo, como Trabalho Morto. Este encontro em TM e TV no interior do processo de trabalho reflete uma certa correlação entre eles, no núcleo tecnológico do cuidado. À esta correlação, chamamos de Composição Técnica do Trabalho (CTT), isto é, a CTT é a razão entre TM e TV (MERHY, 2002).

A composição técnica do trabalho, quando favorável ao trabalho morto, reflete um processo de trabalho (tecnologias duras dependentes) voltado à produção de procedimentos e quando, ao contrário, houver predominância do trabalho vivo em ato, haverá uma produção do cuidado centrado nas tecnologias leves (MERHY, 2002).

A equipe de enfermagem, por exemplo, pode ter duas alternativas de projeto terapêutico para qualquer usuário: ela pode cuidar do problema de saúde, utilizando quase que exclusivamente dos exames e medicamentos e ter um processo de trabalho centrado no ato prescritivo (neste caso, o cuidado está centrado no trabalho morto); ou, ela pode trabalhar com um projeto terapêutico mais relacional com o usuário, e, mesmo utilizando-se de instrumental tecnológico, reconhece que aquele usuário, além de se apresentar com um problema de saúde, traz consigo uma certa origem social, relações sociais e familiares, uma dada subjetividade que expressa sua história e, portanto, este conjunto deve ser observado. Aqui esta equipe trabalha com a transferência de conhecimentos para o auto-cuidado, formas diversas de intervir sobre sua subjetividade, valorizando-o e aumentando sua auto-estima e, assim, de forma criativa, o projeto terapêutico deve ter o objetivo de realizar ganhos de autonomia para viver a vida (MERHY, 2002).

Neste segundo caso, há um processo de trabalho centrado no trabalho vivo, formas de abordagens mais relacionais, operando dentro da idéia de que no encontro entre trabalhador e usuário, este é também sujeito da produção da saúde e pode, desta forma, ser também protagonista de atos cuidadores, geradores de autonomia. A partir desta discussão, constata-se que o instrumental e o trabalho vivo podem estar juntos no processo de trabalho, mas, ao mesmo tempo, o trabalho vivo exerce hegemonia sobre o trabalho morto.

Buscou-se, assim, procurar entender de modo articulado o lugar que o núcleo das tecnologias leves ocupam e seu modo de operar os processos produtivos no acolhimento com classificação de risco.

Em todo lugar em que ocorre um encontro – enquanto trabalho de saúde – entre um trabalhador e um usuário, opera processos tecnológicos (trabalho vivo em ato) que visam à produção de relações de escutas e responsabilizações, que se articulam com a constituição dos vínculos e dos compromissos em projetos de intervenções, que objetivam atuar sobre necessidades em busca da produção de “algo” que possa representar a “conquista” de controle do sofrimento (enquanto doença) e/ou a produção da saúde (FRANCO; BUENO; MERHY, 2007).

Estes processos interseçores – como o acolhimento – são atributos de uma prática clínica realizada por qualquer trabalhador em saúde, e focá-lo analiticamente é criar a possibilidade de “pensar” a micropolítica do processo de trabalho e suas implicações no desenho de determinados modelos de atenção, ao permitir pensar sobre os processos institucionais por onde “circulam” o trabalho vivo em saúde (FRANCO; BUENO; MERHY, 2007). Espera-se, aí, que seja no interior do coletivo dos trabalhadores, a partir de uma ótica usuário-centrada.

O acolhimento (como uma etapa do processo de produção da relação usuário-serviço) funciona como um dispositivo a provocar ruídos sobre os momentos nos quais o serviço constitui seus mecanismos de recepção dos usuários, enquanto certas modalidades de trabalho em saúde que se centram na produção de um mútuo reconhecimento de direitos e responsabilidades, institucionalizados pelos serviços de acordo com certos modelos de atenção à saúde (FRANCO; BUENO; MERHY, 2007).

Como etapa do conjunto do processo de trabalho que o serviço desencadeia, na sua relação como o usuário, o acolhimento pode analiticamente evidenciar as dinâmicas e os critérios de acessibilidades a que os usuários estão submetidos, nas suas relações com “o quê” os modelos de atenção constituem como verdadeiros campos de necessidades de saúde, para si (FRANCO; BUENO; MERHY, 2007).

Os encontros e desencontros nesta etapa podem, ao gerar ruídos e estranhamentos para um olhar analisador (em produção no interior da equipe de trabalhadores sob o olhar específico da acessibilidade), revelar uma dinâmica instituinte que se abre a novas linhas de possibilidades, no desenho do modo de se trabalhar em saúde, permitindo a introdução de modificações no cotidiano do serviço em torno de um processo usuário-centrado, mais

comprometido com a defesa da vida individual e coletiva (FRANCO; BUENO; MERHY, 2007).

Em síntese, o que se propõe é agir com um acolhimento como um dispositivo que interroga processos intercessores que constroem “relações clínicas” das práticas de saúde e que permite escutar “ruídos” do modo como o trabalho vivo é capturado conforme certos modelos de assistência, em todo lugar que há “relações clínicas” em saúde; além de expor a “rede de petição e compromisso” que há entre “etapas” de certas linhas de produção constituídas em certos estabelecimentos de saúde, interrogando centralmente as relações de acessibilidade (FRANCO; BUENO; MERHY, 2007).

Dado que nas práticas de saúde individual e coletiva, o que busca-se é produção da responsabilização clínica e sanitária e da intervenção resolutiva, tendo em vista as “pessoas”, como caminho para defender a vida, reconhece-se que sem “acolher” e “vincular” não há produção desta responsabilização nem “otimização tecnológica” das resolutividades que efetivamente impactam os processos sociais de produção da saúde e da doença. Esta é a vantagem de se atuar sobre estes “ruídos” e processos (FRANCO; BUENO; MERHY, 2007). E penso que esse foi o propósito: trazer o escopo teórico do trabalho vivo em ato, como campo das tecnologias leves, para ser aplicado no cotidiano do setor de acolhimento com classificação de risco da emergência.

Referencial Metodológico

A abordagem metodológica adotada neste estudo foi inspirada na etnometodologia, que é uma corrente da sociologia americana, surgida nos anos 60, que se instalou inicialmente nos *campi* da Califórnia. A pesquisa etnometodológica se organiza em torno da idéia na qual todos nós somos “sociólogos em estado prático”, segundo Alfred Schütz. O real já se acha descrito pelas pessoas. A linguagem comum diz a realidade social, descreve-a e ao mesmo tempo a constitui (COULON, 1995).

A etnometodologia foi criada por Harold Garfinkel com a obra “Studies in Ethnomethodology”, publicada em 1967. Garfinkel valeu-se do prefixo “ethos”, a partir do sentido de raça ou nação, etnias, tribos e grupos destacando seus costumes específicos (PRATA, 2006). Nascido em 1917, Garfinkel faz os seus estudos doutorais em 1946, na Universidade de Harvard, sob a direção de Talcott Parsons. Ao mesmo tempo se inicia na fenomenologia, lê Edmund Husserl, Aaron Gurwitsch, Alfred Schütz e Maurice Merleau-Ponty, que sobre ele vão exercer enorme influência (COULON, 1995).

A etnometodologia estuda e analisa as atividades cotidianas dos membros de uma comunidade ou organização, procurando descobrir a forma como elas se tornam visíveis, racionais e reportáveis, como eles as consideram válidas, uma vez que a reflexividade sobre o fenômeno é uma característica singular de ação (CRUZALEGUI, 2003).

É a pesquisa empírica dos métodos que os indivíduos utilizam para dar sentido e ao mesmo tempo realizar as suas ações de todos os dias: comunicar-se, tomar decisões, raciocinar. Para os etnometodólogos, a etnometodologia será, portanto, o estudo dessas atividades cotidianas, quer sejam triviais ou eruditas (COULON, 1995). Ainda de acordo com este autor (COULON, 1995, grifo do autor), a etnometodologia “*é o estudo dos etnométodos¹⁰ que os atores utilizam no dia-a-dia, que lhes permitem viver juntos, inclusive de maneira conflitiva, e que regem as relações sociais que eles mantêm entre si.*”

PORTO (2003) considera que a etnometodologia pode contribuir para a construção da Enfermagem como ciência *stricto sensu*, ao desvendar as práticas sociais cotidianas, ou seja, o emprego de métodos pelo grupo social para se posicionar frente à vida, ao mundo, as resoluções, decisões e encaminhamentos do dia-a-dia.

Essa abordagem metodológica privilegia as atividades cotidianas de um grupo constituído socialmente, ou seja, o seu mundo de conhecimentos do senso comum. O valor teórico e epistemológico dessa abordagem se prende ao fato de que, contrariando o

¹⁰ Etnométodos – são métodos locais, particulares de uma “tribo”. Designá-los como etnométodos significa marcar a presença desses métodos a um grupo particular, a uma organização ou instituição local (COULON, 1995).

pensamento da sociologia tradicional, repensam-se os fatos sociais como uma experiência do sujeito ou um grupo social que, em seu aspecto dinâmico de fenômeno de caráter participativo em construção possa ser abordada a partir de uma nova postura intelectual, uma nova perspectiva de pesquisa, tornando-se aplicável na área de Enfermagem (SANTORO, 2000).

Para Coulon (1995), a etnometodologia forjou para si, com Garfinkel, um vocabulário particular. Mas nem sempre é novo, pois ora toma de empréstimo alguns de seus termos alhures: a indicialidade da lingüística, a reflexividade da fenomenologia, a noção de membro de Parsons; ora retoma termos da linguagem corrente modificando-lhes o sentido.

Para analisar o cotidiano do Acolhimento em uma emergência, objetivando, como iniciante na etnometodologia, um bom aprofundamento no método, trabalhei com os conceitos-chave da etnometodologia, descritos por Coulon (1995), os quais foram adaptados à realidade do Acolhimento e são apresentados a seguir:

- **Prática, realização**

Estes conceitos abordam as atividades práticas, as circunstâncias práticas e o raciocínio sociológico prático, como temas de estudo empírico (como, por exemplo, as atividades práticas diárias da equipe de enfermagem do Acolhimento). Concedendo às atividades corriqueiras da vida cotidiana a mesma atenção que habitualmente se empresta aos acontecimentos extraordinários, tenta-se compreendê-los como fenômenos de direito pleno. Segundo Santos (2008), como a realidade social é constantemente criada pelos atores, dá-se atenção ao modo como os membros do grupo socialmente organizado – os atores deste cenário / contexto – tomam decisões. Desta forma, a atenta observação e a análise dos processos aplicados nas ações colocarão em evidência os modos de proceder pelos quais tais atores interpretarão constantemente a realidade social.

- **A indicialidade**

A vida social se constitui através da linguagem da vida de todos os dias. As expressões indiciais são expressões, como por exemplo, “isto”, “eu”, “você”, etc., que tiram o seu sentido do próprio contexto. Indicialidade significa que, embora uma palavra tenha uma significação trans-situacional, tem igualmente um significado distinto em toda situação particular em que é usada.

Isto designa, portanto a incompletude natural das palavras, que só ganham o seu sentido “completo” no seu contexto de produção, quando são “indexadas” a uma situação de intercâmbio lingüístico. E ainda: a indexação não esgota a integralidade do seu sentido potencial. A significação de uma palavra ou de uma expressão provém de fatores contextuais como a biografia do locutor, sua intenção imediata, a relação única que mantém com seu ouvinte, suas conversações passadas. O conjunto da linguagem natural da equipe de enfermagem é profundamente indicial, na medida em que, para cada membro desta equipe, o significado de sua linguagem cotidiana depende do contexto em que esta linguagem aparece.

▪ **A reflexividade**

Segundo Prata (2006), não se deve confundir a reflexividade com a reflexão, pois ela revela uma certa “inconsciência” dos membros de um grupo sobre o caráter reflexivo de suas ações, o que não ocorre com a reflexão, muito mais racional e, portanto, consciente.

Segundo Santos (2008), a reflexividade designa as práticas que, ao mesmo tempo, descrevem e constituem o quadro social, a equivalência entre descrever e produzir interação, entre a compreensão e a expressão da compreensão. É construído ao mesmo tempo em que falamos; envolve o sentido, a ordem, a racionalidade daquilo que fazemos naquele momento, influenciando os processos cotidianos das relações entre os atores da equipe de enfermagem do Acolhimento de uma emergência.

▪ **A *accountability* / descritibilidade**

Este conceito se refere à análise das atividades cotidianas dos membros como também dos métodos que fazem essas mesmas atividades visivelmente racionais e relatáveis a todos os fins práticos, isto é, descritíveis (*accountable*), enquanto organização ordinária das atividades de todos os dias. No caso deste estudo, é o significado que os enfermeiros do setor de Acolhimento de uma emergência têm de suas próprias ações “Acolhedoras”.

A *accountability* é reflexiva, é racional. Dizer que ela é reflexiva é sublinhar que a *accountability* de uma atividade e de suas circunstâncias é um elemento constitutivo dessas atividades. Dizer que é racional significa sublinhar que ela é metodicamente produzida em situação, e que as atividades são inteligíveis, podem ser descritas, e avaliadas sob o aspecto de sua racionalidade.

Dizer que o mundo social é *accountable* significa que ele é algo disponível, isto é, descritível, inteligível, relatável, analisável. Essa analisabilidade do mundo social, a sua descritibilidade e sua objetividade se mostram nas ações práticas dos atores.

▪ A noção de membro

A noção de membro não se refere à pertença social, mas ao domínio da linguagem natural. Coulon (1995) diz que

a noção de membro constitui o fundo do problema. Não usamos o termo em referência a uma pessoa. Refere-se, sobretudo ao domínio da linguagem comum. Afirmamos que as pessoas, por causa do fato de falarem uma linguagem natural, acham-se de certa forma empenhadas na produção e na apresentação objetivas do saber de senso comum de seus negócios cotidianos enquanto fenômenos observáveis e relatáveis.

Tornar-se um membro significa filiar-se a um grupo, a uma instituição, o que exige o progressivo domínio da linguagem institucional comum. Essa filiação repousa sobre a particularidade de cada um, sua maneira singular de enfrentar o mundo, de ‘estar-no-mundo’ nas instituições sociais da vida cotidiana. Uma vez ligados à coletividade, os membros não têm necessidade de se interrogar sobre o que fazem. Conhecem as regras implícitas de seus comportamentos e aceitam as rotinas inscritas nas práticas sociais. Com isso, não se é um estranho à própria cultura e, ao invés, os comportamentos e as perguntas de um estrangeiro podem nos parecer estranhos.

Neste estudo, os membros são os enfermeiros que irão interagir durante o período de coleta de dados desta pesquisa.

Estes conceitos-chave da etnometodologia são complementares entre si, e em sua totalidade formam os etnométodos (SANTOS, 1999). Eles serão utilizados para entender o relatável, o observável e o descritível nas informações coletadas, descrevendo o cotidiano das enfermeiras e suas equipes no setor de Acolhimento da emergência.

Entre as várias formas e métodos que pode assumir uma pesquisa qualitativa, a etnometodologia foi adotada como referencial teórico-metodológico deste estudo, pois nos permite uma maior aproximação ao objeto do estudo.

Ao considerar a equipe de enfermagem como um grupo social constituído, será possível aplicar esta abordagem sociológica para estudar a interação entre os enfermeiros inseridos nesta equipe, num contexto de trabalho que visa desenvolver ações de acolhimento na emergência, pois a etnometodologia implica desvendar as práticas diárias ou ações do dia-

a-dia de um grupo social, seja uma organização ou uma instituição. Segundo Haguette (2010, p. 48), a etnometodologia

estuda e analisa as atividades cotidianas dos membros de uma comunidade ou organização, procurando descobrir a forma como elas se tornam visíveis, racionais e reportáveis, ou seja, como elas as consideram válidas, uma vez que a reflexibilidade sobre o fenômeno é uma característica singular da ação [...]. Em outras palavras, a etnometodologia procura descobrir “os métodos” que as pessoas usam na vida diária em sociedade a fim de construir a realidade social; procura descobrir também a natureza da realidade que elas constroem.

Assim, de acordo com SANTOS (1999), nas ações práticas dos atores se mostra que o mundo social é descritível e analisável. Para Coulon (1995), *“tornar o mundo visível significa tornar a minha ação compreensível, descrevendo-a, pois eu mostro o seu sentido pela revelação a outrem dos processos pelos quais eu a relato.”*

Para o desenvolvimento deste estudo, adotei a abordagem qualitativa. Isto porque, segundo Cruzalegui (2003), a natureza qualitativa da investigação preocupa-se em compreender a realidade humana vivida socialmente, utilizando-se os métodos e as técnicas da sociologia qualitativa.

Ainda segundo a autora (CRUZALEGUI, 2003), a importância da pesquisa qualitativa está em permitir o entendimento das relações que ocorrem entre os atores sociais, no contexto em que elas se dão. Este tipo de pesquisa também proporciona a compreensão dos valores sociais e as representações de grupos determinados sobre temas específicos.

Segundo Minayo (2010), o método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam. As abordagens qualitativas se conformam melhor a investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob a ótica dos atores, de relações e para análises de discursos e de documentos.

ABORDAGEM METODOLÓGICA

CENÁRIO DA PESQUISA

Foi um hospital público estadual, referência em emergência para a zona oeste do município do Rio de Janeiro. A escolha pelo setor, em que se opera formalmente o acolhimento (de acordo com a PNH), para a realização dessa pesquisa se deu após a graduação no curso de graduação em enfermagem, de 2004 a 2008, na EEAN / UFRJ, quando iniciei minha atuação profissional em sistema de contrato temporário na mesma Instituição Estadual de saúde, no setor de Acolhimento da Emergência. A escolha justificou-se, também, por possuir um acolhimento (aqui se entende como espaço físico e político) já implantado, com protocolo já estabelecido e equipe de enfermagem treinada para atuar no setor. Esta equipe é subordinada à Coordenação de Enfermagem da Emergência do hospital e é composta por 14 enfermeiros e, em média, 35 técnicos de enfermagem. Esses profissionais trabalham em escala de 24 horas semanais, sendo o plantão uma vez por semana e fixo.

SUJEITOS DA PESQUISA

Os sujeitos da pesquisa foram sete enfermeiros funcionários do setor de Acolhimento da Emergência de um Hospital Estadual do Rio de Janeiro que desenvolvem a prática do acolhimento. O vínculo destes enfermeiros com a unidade é através do sistema de contrato temporário por concurso público.

A escolha destes profissionais, como sujeitos da investigação, foi realizada considerando o fato de que são os únicos funcionários que, no referido hospital, trabalham com a prática de acolhimento há mais de um ano, tempo considerado mínimo para o conhecimento adequado da rotina do setor e do protocolo utilizado. Ou seja, foram excluídos do estudo os enfermeiros que não estiveram lotados no referido setor e/ou que possuíram menos de um ano de lotação no mesmo.

COLETA DOS DADOS

A coleta de dados necessária para o desenvolvimento da pesquisa ocorreu no período de 08 a 29 de junho de 2011, em dias alternados. A Gerente de Enfermagem me apresentou às equipes (informando o meu papel de pesquisadora e observadora, não estando vinculada ao hospital ou à Secretaria de Estado de Saúde). Então, no dia a dia, pôde-se interagir com as equipes, enfermeiros e técnicos de enfermagem, conversar nos intervalos entre a classificação de um usuário e outro, ou seja, estar próxima dos funcionários participando de toda a sua rotina. Como instrumentos para coleta de dados foram utilizados a observação participante, que possibilitou a captura de dados referentes ao cotidiano institucional e a entrevista não-estruturada, para aprofundar as questões que não ficaram claras e para obter relatos que, somente num momento de diálogo, em que há espaço para o sujeito se expressar, revelam questões sobre as ações de acolhimento realizadas, por ele mesmo, no setor. Estas foram desenvolvidas concomitantemente.

▪ **Entrevista Não-Estruturada**

A entrevista pode ser definida como um processo de interação social entre duas pessoas na qual uma delas, o entrevistador, tem por objetivo a obtenção de informações por parte do outro, o entrevistado (HAGUETTE, 2010).

A entrevista não-estruturada oferece flexibilidade. Quando esse método é usado, o pesquisador não tem um conjunto de questões que devem ser feitas em uma ordem específica e formuladas de determinada maneira. Ao contrário, ele inicia com alguma questão ou tópico geral e permite que o respondente conte sua história de modo natural, narrativo. Em outras palavras, este método tende a apresentar uma natureza de conversação (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

As entrevistas não-estruturadas encorajam os respondentes a definir as dimensões importantes de um fenômeno e a elaborar o que é relevante para eles, mais do que a ser orientados pelas noções de relevância transmitidas *a priori* pelo investigador (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Este tipo de entrevista é usada quando o pesquisador não tem uma visão pré-concebida do conteúdo ou fluxo de informação a ser reunido. Seu alvo é elucidar as percepções de mundo do respondente sem imposição da visão do pesquisador. Em geral, o pesquisador começa colocando uma questão ampla. As questões subseqüentes são mais enfocadas e orientadas pelas respostas iniciais (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Concomitante às entrevistas (no total de sete, com duração média de 13 minutos) foi realizada uma observação para que se conseguisse verificar os detalhes do cotidiano dos sujeitos e facilitar a discussão / contextualização do estudo.

Com as entrevistas, gravadas em “MP3”, buscou-se conhecer os enfermeiros do acolhimento e os significados que atribuem às questões abordadas no estudo. As falas foram transcritas na íntegra. Assim, uma vez processados os dados e obtidos os resultados, foram feitas a análise e a interpretação destes.

As informações quantitativas que compõem o perfil dos sujeitos (tempo de serviço dos mesmos no setor de acolhimento com classificação de risco) serão apresentadas posteriormente, neste estudo, no primeiro capítulo de análise dos dados. Com estes resultados, tem-se a intenção de subsidiar a análise qualitativa – metodologicamente prioritária – das entrevistas, sendo a análise quantitativa suplementar àquela.

▪ **Observação Participante**

Polit, Beck e Hungler (2004) afirmam que a observação participante permite que os pesquisadores vejam o mundo como os participantes do estudo o vêem, desenvolvam um bom entendimento e uma apreciação dos fenômenos de interesse, extraiam significados dos eventos e situações e captem as sutilezas da diversidade cultural.

Prata (2006) afirma que a observação participante é uma etapa fundamental do trabalho de campo na pesquisa qualitativa. Ela permite realizar observações muito próximas, a partir de uma integração da pesquisa com os atores sociais, no cenário em que se pretende estudar o objeto a ser investigado. Isso possibilita fazer uma coleta de informações que tem por natureza os dados subjetivos. Portanto, é possível identificar o que fazem os atores sociais, na manifestação visível de suas ações neste cenário.

O observador participante toma parte do funcionamento do grupo ou da instituição em estudo, procurando observar e registrar informações dentro dos contextos, experiências e símbolos relevantes aos participantes. Assumindo um papel participativo, o pesquisador pode visualizar o que teria escapado a um observador mais passivo ou dissimulado (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Na observação participante, o papel do observador no grupo social em estudo é importante, porque sua posição determina o que eles provavelmente verão. Isto é, os comportamentos que provavelmente estarão disponíveis para observação dependem da posição do observador na rede de relações. A extensão da participação real do observador no

grupo é melhor descrita como uma seqüência. Em um extremo está a completa imersão no cenário, com o pesquisador assumindo totalmente a situação de participante; no outro extremo está a separação completa, com o pesquisador assumindo a situação de quem apenas observa. O observador pode, em alguns casos, assumir uma posição fixa ao longo do estudo (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Por outro lado, o papel do pesquisador como participante pode evoluir durante o curso do trabalho de campo. Ele pode iniciar principalmente como um espectador, com a sua participação nas atividades de campo aumentando com o tempo. Em outros casos, pode ser proveitoso mergulhar de imediato no ambiente social, diminuindo gradualmente a participação (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Neste estudo, a observação se deu da seguinte forma: em alguns momentos, participei ativamente da rotina dos sujeitos, tornando-me, inclusive, um deles, no sentido de dar orientações, dos mais diversos tipos, aos usuários; verificar sinais vitais; auxiliar na prioridade de usuários mais graves; enfim, tentou-se realizar as mesmas atividades que os sujeitos realizam no seu dia a dia. Por outro lado, em outros momentos, mantive-me um pouco mais distante, apenas observando e, assim, não interferindo no cenário e nas atividades dos sujeitos. A inserção no cenário deu-se gradualmente aumentando-se a observação com o tempo.

O observador deve superar ao menos dois importantes obstáculos para assumir um papel satisfatório em relação aos participantes. O primeiro é obter permissão de entrada no grupo social sob investigação; o segundo é estabelecer empatia e desenvolver a confiança do grupo. Sem obter permissão de entrada, o estudo não pode prosseguir; porém, sem a confiança do grupo, o pesquisador ficará restrito ao conhecimento como espectador – isto é, a informação é distorcida pela fachada protetora do grupo (LEININGER, 1985 *apud* POLIT; BECK; HUNGLER, 2004). A meta do observador participante é penetrar “nos bastidores” – aprender sobre a verdadeira realidade das experiências e comportamentos do grupo (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004). Assim, como afirma Garfinkel (Coulon, 1995), um membro é, portanto, uma pessoa dotada de um conjunto de modos de agir, de métodos, de atividades, que a fazem capaz de inventar dispositivos de adaptação para dar sentido ao mundo que a cerca. É alguém que, tendo incorporado os etnométodos de um grupo social considerado, exibe “naturalmente” a competência social que o agrega a esse grupo e lhe permite fazer-se reconhecer e aceitar.

Conseguiu-se penetrar a fachada protetora do grupo a partir do momento em que me tornei parte da equipe com quem “trabalhei”. “Trabalhando” como eles, me tornei um deles, a ponto de contarem com a minha presença para as atividades do plantão.

O calcanhar de Aquiles da observação participante, entretanto, parece situar-se, principalmente (HAGUETTE, 2010), entre outras coisas na relação observador/observados e na ameaça constante de obliteração da percepção do primeiro em consequência do seu envolvimento na situação pesquisada, envolvimento este inerente à própria técnica, que lhe confere a natureza que a distingue de outras técnicas.

A observação participante pode ser considerada como a técnica de captação de dados menos estruturada nas ciências sociais. Ela não supõe nenhum instrumento específico para direcionar a observação, tal como um questionário ou um roteiro de entrevista e, por esta razão, a responsabilidade e seu sucesso pesa quase que inteiramente sobre os ombros do observador, salvo obviamente naqueles aspectos que são fontes de vieses e que emanam do exterior, ou seja, da própria situação da observação (HAGUETTE, 2010).

Sendo assim, no período de 08 a 29 de junho de 2011, das 09h00min às 16h00min, com a explicitação do meu papel de observadora, atuei ativamente no acolhimento com classificação de risco (totalizando 147 horas de observação). Processo no qual, a minha presença, nessa situação social foi mantida para fins de investigação científica. Como observadora, estava em relação face a face com os observados, e, em participando com eles em seu ambiente natural de vida, coletaram-se os dados (HAGUETTE, 2010). A autora (HAGUETTE, 2010) afirma, ainda, que o observador participante deve compartilhar nas atividades de vida e sentimento das pessoas em termos de relações face a face.

A observação participante foi registrada em diário de campo, havendo ciência da equipe do setor acerca do papel de pesquisadora desenvolvido no período destinado à coleta de dados.

ANÁLISE DOS DADOS

As observações foram codificadas para categorizar os dados que se relacionavam, sendo posteriormente relatados, englobando a transcrição das entrevistas, permitindo a descrição do fenômeno observado, dando origem às categorias que foram analisadas e interpretadas de acordo com os referenciais teóricos, a saber:

- Enfermagem: o processo de trabalho no setor de acolhimento;
- Gerência do Cuidado de Enfermagem no Setor de Acolhimento.

Para análise dos dados foi utilizada a análise temática de Bardin (2009). Assim, o material, em um primeiro momento, foi preparado, ou seja, as entrevistas transcritas na

íntegra. Em um segundo momento, foi realizada uma leitura flutuante, que consistiu em estabelecer contato com as entrevistas que foram analisadas e em conhecê-las, deixando-se invadir por impressões e orientações.

A codificação, realizada em um terceiro momento, segundo Bardin (2009), é o processo pelo qual os dados brutos são transformados sistematicamente e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição exata das características pertinentes do conteúdo.

Fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido (BARDIN, 2009).

O tema é geralmente utilizado como unidade de registro para estudar motivações de opiniões, atitudes, de valores, de crenças, de tendências, etc. As respostas às questões abertas e às entrevistas semi ou não estruturadas, como é o caso do instrumento de coleta de dados deste estudo, são frequentemente analisados tendo o tema por base (BARDIN, 2009).

ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

A fim de garantir os aspectos éticos no desenvolvimento de pesquisa com seres humanos, este estudo foi norteado pelas Diretrizes e Normas da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (CNS/MS), que incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os quatro princípios básicos da bioética, ou seja, autonomia, não - maleficência, beneficência e justiça, que estão sendo adotados neste estudo.

Para realizar a coleta de dados, o estudo foi encaminhado juntamente com uma solicitação de autorização para a realização da pesquisa à Direção do Hospital e Comissão de Ética do mesmo. Ainda, o mesmo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery / Universidade Federal do Rio de Janeiro (Protocolo de Aprovação nº 036/2011).

Através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foi garantida a autorização consciente para uso das informações obtidas e a participação espontânea, bem como, a garantia da autonomia do sujeito que participou da pesquisa para que dela possa desistir em qualquer momento do processo. A autora desta pesquisa compromete-se eticamente a garantir a confiabilidade das informações, a privacidade do sujeito, o sigilo das informações e o anonimato.

Sendo assim, foi solicitada a participação dos sujeitos na pesquisa mediante a leitura e assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE. Através deste termo, os sujeitos foram esclarecidos quanto aos seguintes aspectos referentes à pesquisa: a justificativa, os objetivos, os benefícios esperados, e os possíveis desconfortos.

Os enfermeiros foram orientados a se reservarem o direito de participar ou não desta pesquisa e ainda, de retirar sua permissão durante qualquer etapa de seu desenvolvimento, sem nenhum tipo de prejuízo ou penalização.

**Enfermagem: o Processo de
Trabalho no Setor de
Acolhimento**

Em um primeiro momento, como parte dos resultados, é apresentada a caracterização dos sujeitos. Estes dados encontram-se agregados neste primeiro capítulo e são recorrentes ao longo do trabalho.

Quanto às idades dos sujeitos, obteve-se uma média de 28 anos. O tempo médio de formação no curso de graduação em enfermagem é de 43 meses, tempo inferior aos cinco anos usualmente estabelecidos para se considerar o profissional especialista na maioria das áreas de atuação nas especialidades em saúde. Seguindo a análise da formação acadêmica dos entrevistados, destacamos que apenas o sujeito "F" possui pós-graduação, curso de especialização na área de Terapia Intensiva.

Dos sete entrevistados, três possuem outro tipo de vínculo empregatício além da atuação na unidade estudada. O sujeito "D" atua na área de educação em saúde, o sujeito "E" atua no Programa de Saúde da Família e o sujeito "G" atua em um Centro de Referência em Obesidade no município do Rio de Janeiro.

Quanto ao tempo em que os sujeitos atuam no setor de acolhimento da unidade estudada (cenário desta pesquisa), em meses, obteve-se uma média de 20 meses, ou seja, pouco menos de dois anos.

No contexto apresentado no estudo, o tempo (de formação e atuação profissional na unidade) é analisador do cotidiano da enfermagem e do cuidado na unidade, pois caracteriza um perfil de profissionais recém formados e com pouco tempo de atuação na unidade hospitalar. Feito o diagnóstico, identificamos que em alguns casos, os funcionários mais antigos da instituição fazem manejos institucionalmente e com seus pares de modo a não estarem lá por considerarem haver falta de afinidade com a rotina e com o serviço. Em outros casos, há explicitamente a resistência em compreender o objetivo do setor e da atuação iluminada pelo paradigma do modelo tecno-assistencial do acolhimento, e as atividades realizadas pela equipe de enfermagem.

As técnicas de coleta de dados possibilitaram a aproximação com os sentidos atribuídos aos significados atribuídos pelos enfermeiros no cotidiano do acolhimento. Apresentando aspectos constituintes do grupo de profissionais que lá trabalha. É uma equipe multiprofissional, composta por enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, assistentes social, vigilantes e auxiliares administrativo. A equipe de enfermagem é composta, a cada plantão, por dois enfermeiros e, em média, 5 técnicos de enfermagem, totalizando 49 funcionários lotados no setor.

O regime de trabalho dos profissionais de enfermagem da unidade de emergência (incluídos os profissionais do setor de acolhimento) se dá em plantões fixos de 24 horas semanais.

Após a entrada dos usuários na instituição, há uma pré-classificação dos atendimentos que serão realizados. O usuário expressa sua demanda e a equipe de enfermagem a decodifica conforme o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento e a clínica de atendimento (ou seja, serviços de traumato-ortopedia, pediatria, clínica cirúrgica, odontologia, cirurgia bucomaxilofacial, otorrinolaringologia e/ou oftalmologia), originando orientações e encaminhamentos (referência e contra-referência realizadas pelo próprio enfermeiro) que são interinstitucionais (usuários que são encaminhados a outras unidades de saúde), setoriais (usuários que permanecem no serviço para atendimento por outras clínicas que não a clínica médica) e/ou locais (usuários que serão atendidos pela clínica médica).

Os usuários que têm as demandas ajustadas aos atendimentos setorial e/ou local passam pela parte burocrática de abertura do boletim de atendimento. Seguindo o fluxo de atendimento, os usuários com perfil de atendimento pela clínica médica são atendidos pelos técnicos de enfermagem que desenvolvem as atividades de acolher, que se dão conforme o entendimento do profissional da equipe em relação ao constante na PNH, derivando em atividades de acolhimento diferenciadas.

É preciso, a partir disso, e como contraponto, esclarecer a “qual” acolhimento estamos nos referindo, já que algumas dessas experiências inscreveram o acolhimento numa atitude voluntária de bondade e favor, por parte de alguns profissionais, diferentemente dos significados de acolhimento compartilhados e apresentados na PNH.

Assim, os técnicos de enfermagem ouvem as queixas dos usuários, verificam os sinais vitais, a saturação do oxigênio arterial (SaO₂) e a glicemia capilar (com uso de instrumentos específicos para cada atividade) e, posteriormente, encaminham o mesmo para o atendimento pela enfermeira, que entre os objetivos de seus atos está a avaliação do usuário, que é selecionado e enquadrado conforme a característica do atendimento proposto na unidade para cada classificação de risco protocolada.

No atendimento realizado pelos enfermeiros, também se faz a verificação dos sinais vitais, SaO₂ e glicose, de acordo com o contingente, e a classificação de risco a que os usuários estão determinados. O atendimento prestado pelos enfermeiros segue uma metodologia similar a da consulta de enfermagem, iniciada com a coleta de dados (anamnese), sendo focada na queixa principal do usuário, com exame físico básico e demais procedimentos avaliativos das condições fisiológicas que se façam necessários.

De forma sistemática, entendo que as etapas da consulta de enfermagem, como a entrevista (histórico) e o exame físico são visivelmente agregadas. As etapas restantes (diagnóstico, prescrição de enfermagem, implementação e a evolução), são realizadas de forma não sistemática na medida em que na fase de diagnóstico há a identificação dos problemas, na prescrição de enfermagem há o planejamento das ações de saúde, na fase de implementação das ações de enfermagem se insere a atividade de enquadramento do usuário no atendimento estruturado na unidade, com a priorização dos casos mais graves, que efetiva a classificação de risco para a unidade, e na evolução há a reavaliação e o acompanhamento deste usuário enquanto este permanece no serviço de emergência.

A estratificação dos riscos se dá pautada em protocolo pré-estabelecido do setor (baseado no Protocolo de Manchester – Sistema de Triagem de Prioridades de Manchester) que traz uma relação das queixas principais com as cores de classificação que indicam a gravidade / risco dando subsídios para a priorização dos casos e organização do atendimento. São utilizadas as cores azul, verde, amarelo e vermelho para classificar estes usuários. Assim, quando este é classificado como:

- **vermelho** (necessidade de atendimento imediato) – o que é raro, já que este usuário, geralmente, dá entrada na unidade já em estado grave e é encaminhado diretamente à sala vermelha¹¹ – nós (a equipe de enfermagem do setor) o encaminhamos a esta, onde é iniciado o atendimento de emergência pelas equipes médica e de enfermagem da sala.
- **amarelo** (necessidade de atendimento urgente), nós o mantemos na sala de espera, próxima ao consultório médico, mas é dada prioridade a este atendimento.
- **verde** (atendimento não urgente) é orientado quanto ao caráter não emergencial do seu caso, informado que o tempo de atendimento para ele pode ser maior, que pacientes mais graves serão atendidos antes e, assim, aguardam na sala de espera. Em caso de superlotação da unidade, e observado o estado não grave destes usuários, estes podem ser orientados a procurar a Unidade de Pronto Atendimento 24 horas (UPA 24 horas)¹² mais próxima.

¹¹ Sala vermelha - área devidamente equipada e destinada ao recebimento, avaliação e estabilização das urgências e emergências clínicas e traumáticas.

¹² As UPAS 24h são estruturas de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde e as portas de urgência hospitalares, onde em conjunto com estas compõe uma rede organizada de Atenção às Urgências. São integrantes do componente pré-hospitalar fixo e devem ser implantadas em locais/unidades estratégicos para a configuração das redes de atenção à urgência, com acolhimento e classificação de risco em todas as unidades, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. A estratégia de atendimento está diretamente

- **azul** (consultas sem complexidade) é referenciado ao serviço de clínica médica do Centro Municipal de Saúde (CMS) da sua área programática.

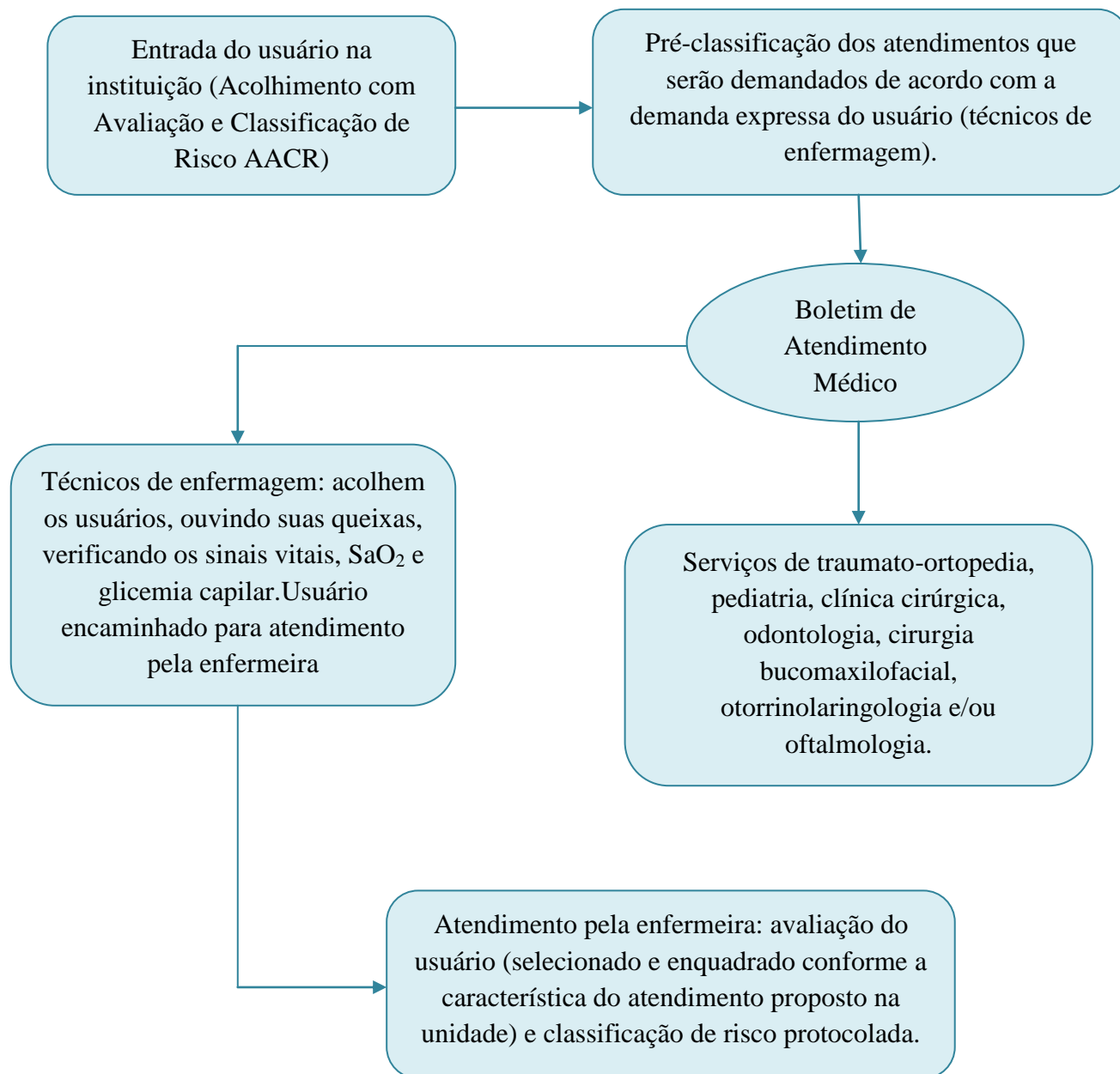


FIGURA 03 – Fluxo de atendimento do usuário no acolhimento com classificação de risco.

Esta estratégia de atendimento prevê reavaliações periódicas das situações e uma relação entre a equipe e os usuários de forma contínua, onde eventuais atrasos ou necessidades de alterações são comunicadas e previstas.

Na unidade em que atuei, predominam os casos verdes e azuis, pois se percebe, através dos relatos dos próprios usuários, que a atenção primária à saúde (os ambulatórios dos Centros Municipais de Saúde – CMS) da região não atende às buscas da população para atendimento à saúde (falta de médicos, medicações e material em geral), sendo, essa emergência, referência para eles, ou seja, uma porta de entrada no sistema de saúde para dar resolutividade às suas demandas.

É importante salientar que os usuários, na maioria das vezes, chegam à unidade por meios próprios, mas também há aqueles que são levados através do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)¹³. No caso desses usuários, que chegam à unidade pelo atendimento do SAMU, o profissional médico atua diretamente junto ao profissional do primeiro atendimento (o responsável pela ambulância) para conhecer a história do usuário em articulação com as ações da equipe de enfermagem (do acolhimento) que desenvolve suas atividades de verificação de sinais vitais.

Ainda, é evidente, dentro desta realidade, a dificuldade que a equipe de enfermagem encontra em atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde devido, principalmente, ao contingente insuficiente de funcionários (tanto equipe médica quanto de enfermagem) em relação à quantidade, cada dia maior, de usuários que procuram os serviços de urgência/emergência. Assim, percebo, sim, que o serviço realiza a função de dar atenção, escutar este usuário e, dentro destas limitações, dar uma resposta que seja capaz de resolver o problema que este usuário levou à unidade.

É verdade que o processo de trabalho, com o acolhimento, é reorganizado. A equipe de enfermagem passa a visualizar maior responsabilidade sobre suas atitudes, sobre suas

¹³ O SAMU faz parte da Política Nacional de Urgências e Emergências, de 2003, e ajuda a organizar o atendimento na rede pública prestando socorro à população em casos de emergência, em municípios e regiões do território nacional. O serviço funciona 24 horas por dia com equipes de profissionais de saúde, como médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e socorristas que atendem às urgências de natureza traumática, clínica, pediátrica, cirúrgica, gineco-obstétrica e de saúde mental da população. As Centrais de Regulação tem um papel primeiro, sendo o socorro feito após chamada gratuita, para o telefone 192. A ligação é atendida por técnicos na Central de Regulação que identificam a emergência e, imediatamente, transferem o telefonema para o médico regulador. Esse profissional faz o diagnóstico da situação e inicia o atendimento no mesmo instante, orientando o paciente, ou a pessoa que fez a chamada, sobre as primeiras ações. Ao mesmo tempo, o médico regulador avalia qual o melhor procedimento para o paciente: orienta a pessoa a procurar um posto de saúde; designa uma ambulância de suporte básico de vida, com auxiliar de enfermagem e socorrista para o atendimento no local; ou, de acordo com a gravidade do caso, envia uma UTI móvel, com médico e enfermeiro (BRASIL, 2004a).

funções dentro deste cenário. Percebo, ainda, que, em alguns casos, a equipe de enfermagem caminha lado-a-lado com a equipe médica na tentativa de solucionar os problemas dos usuários.

Percebi, no decorrer desta experiência profissional que a equipe de acolhimento (neste caso, enfermeiros e técnicos de enfermagem), além de utilizar ferramentas do seu conhecimento técnico, com a reorganização do processo de trabalho, vê-se dotada de maior autonomia na função que exerce. Essa autonomia deve ser entendida como a condição que o profissional tem de decidir sobre seu trabalho, como o exercício pleno do ‘saber-fazer’ no momento do procedimento assistencial.

Decidir sobre o seu trabalho revela a diversidade de tarefas desenvolvidas pela equipe de enfermagem no acolhimento com classificação de risco da emergência. Assim, evidencia a ampla base de conhecimentos científicos que estes profissionais necessitam possuir. A enfermeira, além de, liderar e coordenar a sua equipe planeja e gerencia todas as atividades deste cotidiano.

As equipes de enfermagem do setor atuam usando uma linguagem própria, que para os não treinados (que não fazem parte do “grupo”) pode não haver entendimento. Por exemplo, quando os funcionários do setor conversam e debatem, entre si, sobre os casos dos usuários atendidos e, entre eles, usam as cores da classificação de risco para justificar suas condutas. Ou seja, o contexto do “azul/ verde/amarelo/vermelho” é utilizado dentro de uma equipe que sabe (e que, muitas das vezes só ela sabe) o que “isso” significa.

A sistemática do acolhimento pressupõe a determinação de agilidade no atendimento a partir da análise, sob a óptica de protocolos acordados de forma participativa nos serviços de saúde, e a avaliação da necessidade do usuário em função de seu risco e sua vulnerabilidade, proporcionando a priorização da atenção e não o atendimento por ordem de chegada (BRASIL, 2009).

Retomando a PNH, esta é uma proposta para enfrentar o desafio de tomar os princípios do Sistema Único de Saúde no que eles impõem de mudança dos modelos de atenção e de gestão das práticas de saúde, com o atendimento com qualidade e a participação integrada dos gestores, trabalhadores e usuários na consolidação do SUS, é a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde, com valores que a norteiam, como a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a participação coletiva no processo de gestão e a indissociabilidade entre atenção e gestão (BRASIL, 2004b).

A humanização, e a PNH, emergem como tema e fala recorrente ao longo dos entrevistados, dado que o modelo tecno-assistencial do acolhimento na emergência calca-se em princípios e avanços do SUS inscritos na Política. Entretanto, neste contexto os enfermeiros relacionam o acolhimento com a emergência, como uma questão dada à priori, que é a do entendimento do que é humanização.

Ao compartilhar o cotidiano da equipe de enfermagem na unidade do acolhimento, identificou-se que os enfermeiros do acolhimento constroem suas definições pessoais para a humanização e atribuem sentido à elas no cotidiano de cuidar, expressando sua implicação no processo de trabalho que desenvolvem.

“Essa palavra, humanização, eu acho que não deveria nem ser colocada, mas como foi preconizado pelo SUS utilizar essa denominação “humanização”, que é você ter um olhar diferenciado pro paciente, eu acho que, pra gente, só quando chega um paciente grave mesmo que a gente consegue ouvir mesmo o paciente e dar uma continuidade rapidamente no atendimento, pra ele passar pelo médico (pausa). A única escuta. Porque, assim, não dá pra você dar uma atenção (pausa). Na humanização você precisa dar uma atenção, avaliar o paciente como um todo (pausa) . E a gente não faz isso...”
(Sujeito C).

Como fator que repercute no processo de trabalho da equipe na emergência, entende-se que se inclui a exigência de que os profissionais encampem a proposta da humanização como eixo estruturante das práticas e ações na unidade. A própria relação da unidade com as outras instâncias intra e extra-institucionais tencionam a resolutividade e responsabilização no acolhimento, orientando, quando for o caso, o usuário e a família em relação a outros serviços de saúde para a continuidade da assistência e estabelecendo articulações com esses serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos (BRASIL, 2004b). Assim, é importante salientar que a emergência se situa como porta de entrada dentro de uma política específica para tal e, ainda, dentro do SUS, como parte da pirâmide e do sistema de referência e contra-referência em busca de resolutividade.

Assim, além da resolutividade, como proposta da PNH, as ações vinculadas ao acolhimento também têm uma articulação e propósitos institucionais, pois são ferramentas da

estrutura organizacional, da elaboração do fluxo de atendimento para dar conta da assistência a ser desenvolvida.

“Entendo como sendo um setor de extrema importância pro hospital por poder dividir os pacientes, aqueles que têm prioridade àqueles que realmente precisam, não deixando o hospital ficar totalmente tumultuado, como a gente tem visto até nos hospitais particulares, o que não dá certo.” (Sujeito B).

O acolhimento passa, então, a ser uma ferramenta dupla, que traz a perspectiva de uma tecnologia leve, mas que no cotidiano da unidade e da instituição funciona como um dispositivo tecnológico leve-duro, pois normatiza e gerencia ações, estruturas e fluxos para o cuidado da população.

“Acolher é ouvir, orientar, esclarecer as dúvidas e buscar que o paciente seja atendido em sua integralidade, dentro das possibilidades da assistência da instituição de saúde.” (Sujeito D).

O acolhimento é operacionalizado sob uma ótica tecnicista, quase como um passo a passo, em contradição ao exposto na PNH, o acolhimento como uma ação tecno-assistencial que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social através de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito, participante ativo no processo de produção da saúde.

Entretanto, o acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e *pactuar* respostas mais adequadas aos usuários, de forma dinâmica, integrada, simultânea e constante. Ou seja, em acordo com a PNH o acolhimento não é um lugar, muito menos um lugar específico, uma sala ou uma unidade de práticas específicas.

Ainda, colocar em ação o acolhimento, como diretriz operacional, significa entender que o acolhimento é uma postura ética, não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, implica no compartilhamento de saberes, necessidades, possibilidades, angústias e invenções. Desse modo é que o diferenciamos de triagem, pois ele não se constitui como uma

etapa do processo, mas como ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde. Porém, em contraposição, o cotidiano da emergência, onde se dá o processo de trabalho da equipe de enfermagem, revela um paradoxo entre o modelo tecno-assistencial proposto, acolhimento, e o modelo assistencial operado e dado a partir da constituição do processo de trabalho dado no conjunto de ações, reações e interações da emergência.

O cotidiano do processo de trabalho da equipe revela uma tensão constituída paradigmaticamente entre o modelo proposto e o vigente, perpassando por uma série de fatores e situações que revelam a existência da co-habitação de um modelo “real”, palpável, operacional, vivo no cotidiano da prática, que fundamenta, orienta e permeia a estruturação do processo de trabalho da equipe; é um modelo “virtual” que pretende-se como estruturante dos processos, mas que, de fato, não se constitui no cotidiano desta forma.

“O que acontece é o setor do acolhimento tenta estar resolvendo uma situação. Mas, se eu passo no corredor e pergunto a qualquer outro funcionário qualquer tipo de informação, às vezes simples, “onde é o laboratório?”, “vai lá na frente e pergunta a enfermeira que ela explica”. Então não existe acolhimento (pausa). Quem não sabe onde é o laboratório? Então, não acontece, de fato, o acolhimento (pausa). Acontece a classificação de risco, isso é fato. Agora, acolhimento, não (pausa). É justamente essa questão (pausa). Do maqueiro ao diretor, saber o funcionamento do hospital, estar encaminhando esse paciente para o lugar onde ele vai ter o seu problema resolvido. Claro que o maqueiro não vai dizer “o seu caso é encaminhar para a UPA” (pausa). Mas dizer “o laboratório é saindo aqui em frente e virando à esquerda”, isso ele pode fazer e isso é acolhimento. Então por isso que eu afirmo que acolhimento não acontece.” (Sujeito A).

O acolhimento como dispositivo tecno-assistencial permite refletir e mudar os modos de operar a assistência, pois questiona as relações clínicas no trabalho em saúde, os modelos de atenção e gestão e as relações de acesso aos serviços. A avaliação de risco e vulnerabilidade não pode ser considerada prerrogativa exclusiva dos profissionais de saúde, o usuário e sua rede social devem também ser considerados neste processo. Avaliar riscos e vulnerabilidade implica estar atento tanto ao grau de sofrimento físico quanto psíquico, pois muitas vezes o usuário que chega andando, sem sinais visíveis de problemas físicos, mas

muito angustiado, pode estar mais necessitado de atendimento com maior grau de risco e vulnerabilidade.

Importante acentuar, ainda, que a escuta qualificada e a capacidade de pactuação entre a demanda do usuário e a possibilidade de resposta do serviço são conceitos-ferramenta para a consolidação do acolhimento no cotidiano das práticas de saúde e, devem traduzir-se em qualificação da produção de saúde complementando-se com a responsabilização daquilo que não se pode responder de imediato, mas que é possível direcionar, de maneira ética e resolutiva, com segurança de acesso ao usuário.

A transição paradigmática vivida no cotidiano da prática de cuidar na emergência é expressa na fala a seguir, em que o usuário, como centro das ações, se apresenta como proposição em construção.

“Eu acho que pra mim é (pausa). Não sei se seria bem o significado que eu vou colocar, mas eu acho que é importante principalmente pra orientação do paciente porque, de muitos anos até agora, o paciente sempre ficou ‘largado’, sempre ‘chega aqui, não é aqui e dane-se’. Então, eu acho que a importância do acolhimento, pra mim, é a orientação do paciente, você saber sobre o que você vai ser atendido (para o quê), e, se não for ali, pra onde você deve ser encaminhado, o que você deve fazer, como você deve tratar (pausa). Eu acho que é a orientação acima de tudo, acho que é o mais importante ali na frente. Significa é (pausa), dar valor ao paciente (pra mim, eu acho que o acolhimento é isso), você se importar com o que o paciente procura e como ele deve se tratar. Eu acho que é principalmente isso (pausa). Valorização do paciente.” (Sujeito F).

Aqui, o enfoque está em acordo com uma dimensão ampliada de acolhimento, uma dimensão que no processo de empoderamento do usuário a que se intenciona, se torna uma forma dos usuários conhecerem e serem orientados sobre a normativa, sobre a oferta dos serviços do SUS. Quase que como uma explicação de traduzir demandas e necessidades sentidas adequadamente à oferta dos serviços e a como o sistema de saúde opera a partir da construção de fluxos para as necessidades que o serviço “vê”, que são as necessidades normativas.

Afinal, a necessidade de saúde do usuário é representada e sentida como um problema que ele sinceramente vive, um sofrimento, ou risco de sofrimento, e que ele traduz como uma questão de saúde a ser enfrentada com a ajuda “dos serviços”. O encontro entre o usuário, portador de uma dada necessidade de saúde, com o enfermeiro, trabalhador de saúde, portador de um dado arsenal de saberes específicos e práticas, envolve um encontro de situações não necessariamente equivalentes.

“Acolher é você fazer a escuta, receber o paciente, entendeu? A gente faz o acolhimento, só que a gente não faz o acolhimento conforme deveria, de forma qualificada, humanizada. A gente faz mecanicamente, por conta da demanda, por conta das frustrações mesmo do ambiente de trabalho [...]. Até mesmo em outra unidade de saúde de urgência, o enfermeiro do acolhimento, ele tem uma capacidade de interagir mais com aquele cuidado do paciente (pausa). Desde a entrada dele no acolhimento até o atendimento médico [...]. A gente não tem isso, continuidade do cuidado. A gente, muitas vezes, só faz aquela coisa mecânica, aquele atendimento mecânico: ‘sim, senhor; não, o que o senhor tem?; encaminha pro médico, e pronto (pausa)’. Porque também não dá tempo de fazer outra coisa.” (Sujeito C).

Há uma tensão dada, no que o modelo do acolhimento traz, a tecnologia leve, o encontro, o trabalho em ato, e o usuário como centro das ações, a estratificação classificatória de Manchester, que possibilita organizar o cuidado mais do que por prioridade, mas por tarefas e segmentos de atendimento pelos profissionais. O que em si é modelo tradicionalmente biomédico se acumula em possibilidade de subverter a proposição inscrita no acolhimento. Por conta do enquadramento que a classificação baseada no protocolo de Manchester faz, é recorrente nas falas dos enfermeiros o aporte que a própria clínica e os protocolos possibilitam para o cotidiano, guiando e amparando a forma de atuar, de cuidar.

As fala a seguir corrobora com a PNH, quando esta afirma que a tecnologia de avaliação com classificação de risco pressupõe a determinação de agilidade no atendimento a partir da análise, sob a óptica de protocolo pré-estabelecido, do grau de necessidade do usuário, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade e não na ordem de chegada. Desta maneira exerce-se uma análise (Avaliação) e uma ordenação (Classificação)

da necessidade, distanciando-se do conceito tradicional de triagem e suas práticas de exclusão, já que todos serão atendidos:

“Porque muitas pessoas questionam (não sei nem se eu vou entrar em outra pergunta, mas enfim (pausa). ‘Ah! Pra que o acolhimento? Eu preferia quando eu chegava aqui, dava o meu nome e ficava na fila pro médico (pausa)’. Só que aí esse é o momento que a gente pensa ‘mas, nesse momento da fila você ficava na fila e podia morrer na fila, porque ninguém ia te olhar (pausa)’. Então o acolhimento, pra mim, hoje, eu como enfermeira do acolhimento vejo justamente o foco principal (pausa). Você no meio da multidão, você conseguir tirar as pessoas que estão numa situação pior. Isso, claro, junta a parte social, também, porque às vezes você pega deficiente que tem uma dificuldade pra interagir, pra falar, enfim (pausa). Não só a parte clínica (pausa). Mas, também, a parte da pessoa mesmo conseguir chegar ao atendimento”. (Sujeito G).

Em um primeiro momento, pode-se observar como a enfermeira se inclui dentro de um determinado grupo (o do acolhimento). Acresce-se a este fato o quão bem eles (equipe de enfermagem) se relacionam. Puderam-se observar momentos de intimidade e cumplicidade (eles riem, contam segredos, freqüentam uns as casas dos outros, vêm-se fora da unidade em momentos de lazer), ou seja, visivelmente, consideram-se uma família.

E, ainda, pôde-se observar, também, que mesmo a negação do atendimento ao usuário é feita dentro de uma certa lógica “acolhedora” e assistencial, a qual Merhy e Onocko (2007), destacam como sendo um espaço interseçor trabalhador/usuário que se abre para um processo de escutas dos problemas, para uma troca de informações, para um mútuo reconhecimento de direitos e deveres, e para um processo de decisões que pode possibilitar intervenções pertinentes e/ou eficazes, em torno das necessidades dos usuários. Essa negação do atendimento, naquela emergência, como pôde-se observar, é feita através de um fluxo de saída, onde o usuário é referenciado (o enfermeiro preenche os dados pessoais e os sinais e sintomas juntamente com os sinais vitais) para o ambulatório (nos casos classificados como azuis) ou UPA (nos casos classificados como verdes) mais próximos à sua residência.

“Eu acredito que, basicamente, é você conseguir, no meio de uma multidão, porque aqui nós trabalhamos com milhares de pessoas ao mesmo tempo (pausa). Então, é realmente você desenvolver o seu olhar clínico e conseguir direcionar o seu olhar pra quem realmente está numa situação de risco (pausa). Enfim, ou de danos, ou de morte, (né?) ou que realmente precise de um atendimento naquele momento que não gere danos ou que não gere morte, mas enfim, que realmente esteja precisando e eu acho que o principal, a importância é justamente essa (pausa). É você, no meio da multidão, você conseguir ter esse olhar e direcionar essa pessoa, encaminhar essa pessoa, trazer um conforto, entre aspas, a essa pessoa (né?).” (SUJEITO G).

O usuário é atravessado por sua realidade, suas necessidades e demandas no encontro com o profissional de saúde, que traz para o encontro não apenas o entendimento do acolhimento e suas tensões e relações com o modelo local, mas, também, seus processos de construção de sentidos do cuidado, das suas ações e funções, das relações com a estrutura institucional. E, nesse processo, suas expectativas diante deste cotidiano, de cada encontro.

Na proposição do acolhimento com classificação de risco, é percebida uma transição de modelos assistenciais, expressos quase como uma tensão, entre as diretrizes e normatizações que são determinadas ao serviço de emergência e o modelo operado no cotidiano sob bases tecnológicas duras e leve-duras.

Reforçando a transição percebida, podemos observar uma inversão do que realmente a PNH preconiza. A política afirma que o acolhimento é um território de tecnologia leves (tecnologia das relações do tipo produção de vínculo, autonomização, o próprio acolhimento, etc.) e isso significa que o processo operatório é mais aberto ao modo de proceder do trabalho vivo em ato. E o mais importante é, a partir disto, redefinir o conceito de que os recursos para essa interação, trabalhador/usuário, são escassos. A tecnologia leve nunca é escassa, ela sempre é em processo, em produção.

Porém, percebe-se que, os sujeitos se preocupam, na realidade, é com a falta de tempo para utilizar a tecnologia dura (equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas, estruturas organizacionais). Se não se usa tecnologia dura, não se cuida. E este fato é confirmado ao se observar, no cenário, a grande preocupação em verificar os sinais vitais. Durante a consulta de enfermagem, o objetivo é saber, somente, os sinais e sintomas para, junto com os sinais vitais, o usuário passar para o “próximo passo”: o atendimento médico.

Afinal, ser mecânico implica na forma como o profissional entende as idéias e articulações tecnológicas no processo de cuidar.

E, assim, ainda exemplificando o uso e a importância da tecnologia dura, para os sujeitos, quando perguntados sobre as atividades de acolher que realizam no acolhimento:

“Eu faço a classificação do risco do paciente, dando orientações do que ele irá procurar, que tipo de atendimento (pausa). Faço a avaliação sobre o problema de saúde dele e tento esclarecer as dúvidas possíveis, né?” (Sujeito D).

“Como enfermeira (pausa). Saber os sintomas da pessoa, analisar o risco, verificação de pressão, de glicose nós vemos também (pausa). O próprio encaminhamento pra diversos locais (pausa). Acho que é isso.” (Sujeito E).

A tecnologia dura está tão “viva”, em alguns sujeitos, que é difícil, até mesmo, diferenciar o enfermeiro do técnico de enfermagem com relação à formação, responsabilidade frente à equipe, competência (no sentido do que compete ao mesmo) e ao saber do cotidiano. No setor, todos parecem fazer as mesmas coisas, como se pode observar a seguir:

“Eu acho que a diferença do enfermeiro pro técnico está nessa avaliação de onde encaminhar, de acordo com os sintomas que a pessoa tá sentindo, de acordo com o risco.” (Sujeito E).

O art. 6º da Lei nº 7.498/86, de 25 de junho de 1986 (que, principalmente, dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem) afirma que são enfermeiros (COFEN, 1986):

I – o titular do diploma de enfermeiro conferido por instituição de ensino, nos termos da lei;

II – o titular do diploma ou certificado de obstetriz ou de enfermeira obstétrica, conferido nos termos da lei;

III – o titular do diploma ou certificado de Enfermeira e a titular do diploma ou certificado de Enfermeira Obstétrica ou de Obstetriz, ou equivalente, conferido por escola

estrangeira segundo as leis do país, registrado em virtude de acordo de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil como diploma de Enfermeiro, de Enfermeira Obstétrica ou de Obstetritz;

IV - aqueles que, não abrangidos pelos incisos anteriores, obtiverem título de Enfermeiro conforme o disposto na alínea "d" do Art. 3º do Decreto nº 50.387, de 28 de março de 1961.

Ainda, de acordo com o art. 7º da mesma Lei (COFEN, 1986), são técnicos de enfermagem:

I – o titular do diploma ou do certificado de técnico de enfermagem, expedido de acordo com a legislação e registrado pelo órgão competente;

II – o titular do diploma ou do certificado legalmente conferido por escola ou curso estrangeiro, registrado em virtude de acordo de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil como diploma de técnico de enfermagem.

O art. 11 da mesma Lei (COFEN, 1986) afirma que o Enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe:

I - privativamente:

a) direção do órgão de enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública e privada, e chefia de serviço e de unidade de enfermagem;

b) organização e direção dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços;

c) planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem;

d) (VETADO);

e) (VETADO);

f) (VETADO);

g) (VETADO);

h) consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de enfermagem;

i) consulta de enfermagem;

j) prescrição da assistência de enfermagem;

l) cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida;

m) cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas;

II - como integrante da equipe de saúde:

a) participação no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde;

b) participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde;

- c) prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde;
- d) participação em projetos de construção ou reforma de unidades de internação;
- e) prevenção e controle sistemático da infecção hospitalar e de doenças transmissíveis em geral;
- f) prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados à clientela durante a assistência de enfermagem;
- g) assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puérpera;
- h) acompanhamento da evolução e do trabalho de parto;
- i) execução do parto sem distocia;
- j) educação visando à melhoria de saúde da população.

Parágrafo único. As profissionais referidas no inciso II do art. 6º desta lei incumbe, ainda:

- a) assistência à parturiente e ao parto normal;
- b) identificação das distocias obstétricas e tomada de providências até a chegada do médico;
- c) realização de episiotomia e episiorrafia e aplicação de anestesia local, quando necessária.

Já o art. 12 (COFEN, 1986), afirma que o Técnico de Enfermagem exerce atividade de nível médio, envolvendo orientação e acompanhamento do trabalho de Enfermagem em grau auxiliar, e participação no planejamento da assistência de Enfermagem, cabendo-lhe especialmente:

- § 1º Participar da programação da assistência de Enfermagem;
- § 2º Executar ações assistenciais de Enfermagem, exceto as privativas do Enfermeiro, observado o disposto no Parágrafo único do Art. 11 desta Lei;
- § 3º Participar da orientação e supervisão do trabalho de Enfermagem em grau auxiliar;
- § 4º Participar da equipe de saúde.

Alguns sujeitos deste estudo acreditam nas diferenças entre o enfermeiro e o técnico de enfermagem, no que tange ao que cabe a um e a outro (indo ao encontro das afirmações anteriores). Essa discrepância fortalece a idéia de que as equipes têm duas formas diferentes de entender o acolhimento e de organizar as suas próprias ações. Conseqüentemente, há um cuidado de enfermagem diferenciado entre aquelas equipes:

“A diferença entre o técnico e os enfermeiros é que a gente tem uma autonomia maior pra encaminhar esse paciente que não seja orientar (ó, você vai pegar esse papel e você vai em tal lugar) (pausa). Eu acho que a autonomia que o enfermeiro tem no acolhimento é maior (pausa). [...] O técnico pode ajudar, vai pegar, vai verificar sinais vitais da mesma forma que o enfermeiro pode fazer. Porém, o técnico não tem autonomia pra pegar esse paciente e dizer: ‘não (pausa) ó, eu acho que ele tem que entrar agora.’ A classificação de risco acho que é o diferencial do enfermeiro para técnico.” (Sujeito F).

Assim, a fala acima pode ser reforçada quando pude observar, realmente, que enquanto os enfermeiros coletam os dados do usuário que deseja atendimento, o técnico de enfermagem verifica os sinais vitais.

Dessa forma, há os que afirmam que não há diferenças e os que afirmam que há, sim, e ela está, principalmente, na autonomia do enfermeiro em suas atividades, em ser responsável por encaminhar responsabilmente os usuários e em ser o componente que delega as funções. Porém, em ambas as considerações, a utilização excessiva da tecnologia dura está presente.

**Gerência do Cuidado de
Enfermagem no Setor de
Acolhimento**

Analisando as falas dos sujeitos, observamos, ainda, um outro lado a ser analisado. As práticas profissionais podem ser explicadas segundo diferentes enfoques. Assim, diversas áreas têm estudado o comportamento do homem no trabalho e os fatores que interferem no seu comportamento. Na enfermagem, como em outras profissões, o enfermeiro incorpora, em sua formação profissional, o saber de várias ciências. Dentre elas, a ciência da administração contribui com uma parcela que se concretiza, principalmente, na administração do pessoal de enfermagem (KURCGANT, 1991).

“Eu acho que não deixa de desenvolver uma gerência, porque você tem que gerenciar um setor, mesmo que seja um setor pequeno (ah...o acolhimento é só aquele balcão) (pausa). [...] Querendo ou não você tem que organizar pra onde o paciente vai, porque que tá aquela fila, você tem que organizar a fila, pra onde você tem que mandar o paciente, quem tá no balcão, quem não tá onde (pausa). [...] Então, eu acho que, ali na frente, basicamente gerência e... eu não sei como seria, orientação... você tá ali pra orientar o paciente (não me vem na cabeça agora o que seria essa função) (pausa). Mas, eu acho que basicamente é coordenação de atividades (pausa). Enfim, têm outras atividades, mas agora não me vem na cabeça não. Mas, seria basicamente isso (pausa). Você fazer a organização do setor.”
(Sujeito F).

A ciência da administração, da mesma forma que a enfermagem, desenvolve uma base teórica a partir de várias disciplinas. Uma vez que as organizações são complexas e variadas, a visão dos teóricos do que seja uma administração de sucesso e do que deveria ser vem mudando nos últimos 100 anos (MARQUIS; HUSTON, 2010).

Assim, muitas das características observadas nos sujeitos, a partir da própria observação e de suas falas, têm profunda semelhança com a administração científica de Taylor, “o pai da administração científica”. Uma das crenças de Taylor residia em que as capacidades e as limitações de cada funcionário poderiam ser identificadas para que eles pudessem ser mais bem alocados à tarefa mais apropriada, como observado a seguir (MARQUIS; HUSTON, 2010):

“Eu busco ouvir todo mundo, eu busco adequar todo mundo ao que as pessoas têm maior afinidade: ‘Eu não tenho afinidade lá na revisão; eu não tenho afinidade com aquele médico; eu não tenho afinidade com determinado local’. Mas, enfim, a gente conversa, tenta apaziguar, usa a rotina de circular os funcionários dentro das funções, mas, no fundo, no fundo, todo mundo sabendo que todo mundo tá pra tudo a todo o momento. Exceto o balcão, que realmente (pausa). Só que lá do balcão, às vezes, o técnico me grita e aponta o dedo assim e eu já sei o que é já to indo lá. Então, isso é uma coisa que você desenvolve com o dia-a-dia, né? A equipe vai desenvolvendo diariamente (pausa). Diariamente não, pq a gente não tá aqui todo dia, mas de plantão a plantão.” (Sujeito G).

Na fala anterior, observa-se que a noção de membro está clara inserida ao grupo estudado. Estes profissionais sabem que fazem parte de um mesmo grupo e se entendem de todas as formas, dentro dele. Assim, a linguagem é única a todos e, na maioria das vezes, não entendida por terceiros.

Ainda, segundo essa teoria, os funcionários devem entender como se “encaixam” na organização e como contribuem com sua produtividade geral. Isso proporciona metas comuns e o compartilhamento da missão da organização. Desta forma:

“Nós temos dentro da instituição uma rotina, hoje implementada, onde cada técnico tem, deve ocupar o seu devido posto (né?), sua devida função. Então, nós temos um que fica na busca ativa, um que fica no balcão, um que fica na sala com a gente, enfim (pausa). Aí depende também do número de técnicos disponíveis naquele plantão. Mas, no meu plantão, eu até cheguei a bater de frente com alguns funcionários, porque eu falo o seguinte: ‘nós somos, de uma forma chula falando, mas nós somos ‘pau pra toda obra’ (pausa). Então não tem essa [...]. Eu exijo muito essa postura, sabe (pausa). [...] Então eu acho que, basicamente (pausa). A interação da equipe, né?” (Sujeito G).

O Taylorismo (como é chamada a teoria da administração científica de Frederick Winslow Taylor) tem como proposta básica o aumento da produção pela eficiência do nível operacional. Para tanto, preconizava-se a divisão do trabalho, a especialização do operário e a padronização das atividades e tarefas por eles desenvolvidas (KURCGANT, 1991). Assim, as falas a seguir mostram o lado “tarefeiro” das equipes do acolhimento, que corroboram com as propostas de Taylor:

“Então, nós somos dois enfermeiros e varia o número de técnicos de enfermagem. E a gente procura dar atribuições a eles (tarefas), funções desde o início do plantão. Um fica recebendo o paciente no acolhimento, indicando qual a clínica que ele irá procurar; o outro fica no controle das fichas, na busca ativa dos pacientes; o outro fica observando a emergência, os casos de emergência que chegam nos carros; e outros fazendo a revisão dos pacientes que já foram atendidos, ficam acompanhando como está sendo o desenrolar do caso, se é necessário uma nova intervenção e o retorno pra passar por uma nova avaliação.” (Sujeito D).

Durante a observação, pôde-se perceber que esse lado “tarefeiro”, esse processo de trabalho fragmentado torna impossível a construção do acolhimento em sua totalidade, pois cria-se um “bloqueio” quanto ao que vai além das atividades e funções de cada profissional neste setor. Mais uma vez, a tecnologia leve é ofuscada pela tecnologia dura, o fazer mecanicamente.

As características do Taylorismo, neste grupo, interferem e influenciam a forma como se dá a gerência de enfermagem do enfermeiro do acolhimento e, conseqüentemente, o cuidado realizado pela equipe de enfermagem do setor. A forma estanque com que se trabalha, atribuindo tarefas específicas a cada profissional, não permite com que os mesmos tenham uma visão holística tanto do usuário que está sendo atendido, quanto do microespaço em que atuam (o acolhimento não somente como cenário de uma emergência, mas, também, inserido dentro de uma política que engloba, entre outras coisas, a postura do profissional que trabalha com a humanização).

“A minha equipe até tem uma razoável e boa integração. Eu acho que algumas pessoas precisam melhorar certas atitudes e tal (pausa).

Mas, a maioria tem uma boa integração. Se alguém tá precisando de uma ajuda naquele momento, é emergência ali, chama e o outro vai, verifica a pressão e a glicose também. Se tá em dúvida em alguma coisa, é vermelha ou não, já chama, e o outro tá disponível e tal (pausa). Acho que integração sim, nós temos uma boa comunicação. Só que algumas pessoas precisam de uma porção maior, ter mais atitude.” (Sujeito E).

“É complicado... Enfim... éhhh... (risos). Eles interagem bem... Entre si, todo mundo se dá bem. Então eu acho que é o principal pra você trabalhar direito... Quando você tem uma equipe que ‘nhém nhém nhém’ um com o outro é mais complicado. Mas, com o serviço em si, a equipe, quando não há troca... Assim, a equipe em si tem uma certa dificuldade de interação...de iniciativa... O pegar e fazer. Ah! O paciente chegou e eu vou lá e vou fazer... Muito difícil... Assim, eu acho que o maior defeito da equipe, hoje, é a iniciativa, a falta de iniciativa, a falta do ‘eu vou fazer’, do ‘ó, eu já fiz’, já vi, já sei, já liguei... Eu acho que o problema maior ali é esse...a falta de iniciativa de, basicamente, todo mundo.” (Sujeito F).

Através da observação, pôde-se perceber que há, sim, problemas quando há troca de funcionários (funcionários que trocam – um colega faz o plantão dele e, em outro dia, ele faz o plantão do colega –, naquele dia, o plantão, por estar em outro serviço, por problemas pessoais, etc.), principalmente quando o substituto não é lotado oficialmente no acolhimento, ou seja, ele não tem conhecimento da rotina, não faz parte do “grupo” (por mais boa vontade que se tenha), são pessoas com entendimento e concepções de acolhimento diferentes dos funcionários que já estão lá.

E é por causa disto que a chefia imediata da emergência evita fazer alterações constantes na escala de serviço do acolhimento. Nesse setor, a maioria dos funcionários trabalham juntos há algum tempo, evitam-se as mudanças bruscas de escala e quando há novos funcionários, há treinamentos sobre a rotina e fluxo do setor. Ainda, os próprios funcionários evitam trocar seus plantões com colegas que não sejam do próprio setor. Eles mesmos têm a consciência do quanto é difícil, para a equipe, trabalhar com alguém que não

seja seu par. Ao se fazer uma reflexão, percebe-se o quanto o planejamento e a gerência desta rotina, são necessários, tanto para a chefia, quanto para as equipes.

Assim, ao planejar e ao gerenciar esta realidade, evitam-se desentendimentos, desgastes e o plantão segue tranqüilo com cada um desempenhando a sua função com responsabilidade. Talvez, fazer uma campanha de conscientização, a todos os funcionários da emergência, sobre a importância do setor acolhimento inserido na PNH fosse uma solução para evitar os pré-conceitos por parte destes funcionários alheios à esta realidade. Incluir estes mesmos funcionários nos treinamentos do acolhimento para entendimento do protocolo de classificação de risco utilizado na unidade também auxiliaria a chefia a ter, fora do microespaço, profissionais preparados para atuarem no cenário.

Inserido neste contexto, o planejamento é essencialmente importante e antecede todas as demais funções administrativas. Sem planejamento adequado, o processo administrativo fracassa, não podendo ser satisfeitas as necessidades e alcançados os objetivos. Planejar pode ser definido como decidir antecipadamente o que fazer, quem o fará, além de como, quando e onde será feito. Assim, todo planejamento envolve uma escolha entre alternativas (MARQUIS; HUSTON, 2010).

No planejamento eficaz, o administrador deve identificar metas de curto e longo prazos e as mudanças necessárias para assegurar que a unidade continue a alcançá-las. Identificá-las requer habilidades de liderança, como visão e criatividade. Da mesma maneira, planejar exige flexibilidade e energia – duas outras características de líderes. Planejar ainda requer habilidades administrativas como coleta de dados, previsão e transformação de idéias em ações (MARQUIS; HUSTON, 2010).

Em um outro momento (a partir de Motta, 1998), foram abordados conceitos de planejamento, com enfoque no estratégico (chamados de planos de longo alcance e realizados pelos administradores dos mais altos escalões da unidade). Porém, neste momento o enfoque será o planejamento operacional, caracterizado por ser de curto alcance (planos de curto prazo e realizados pelos funcionários de um microespaço inserido em uma unidade maior, em um macroespaço).

Associado a esse planejamento operacional e às falas dos sujeitos, há que ser abordada a questão de cultura organizacional x clima organizacional. A cultura é a soma de valores, linguagem, tradições, costumes e elementos intocáveis de uma organização – as poucas questões presentes em uma organização que não estão abertas a discussão ou mudança. É o “sistema operacional” de uma organização que impulsiona essa organização e suas ações.

Já o clima é a forma como os empregados percebem uma organização. A percepção pode ser precisa ou imprecisa, sendo que as pessoas de uma mesma organização podem ter diferentes percepções dessa organização. Assim, uma vez que o clima organizacional é a forma como os indivíduos vêem a organização, clima e cultura podem ser diferentes. Assim, podemos observar essa diferença na seguinte fala, onde o sujeito define o setor acolhimento como ele mesmo o percebe, nem sempre da forma como realmente se é:

“Assim, na instituição, eu gostaria que o acolhimento, a classificação de risco, fosse mais valorizado, pq na instituição ele não é valorizado. O enfermeiro do acolhimento, a equipe do acolhimento, ela é separada da emergência, ela é separada dos outros profissionais. A gente não tem privilégio nenhum, na verdade, e nem condições de trabalho adequadas.” (Sujeito C).

Nessa fala, o sujeito acha que todos os setores da emergência têm privilégios, menos o acolhimento. E, ainda, que eles, como funcionários lotados neste setor, não têm condições de trabalho adequadas, diferente do restante da emergência. Na realidade, pelo que pude observar, não há situação de privilégio para com a emergência como um todo, não no sentido exposto pelo sujeito (e, realmente, não deve haver, não no sentido proposto), em que todos têm muitos direitos com exceção do acolhimento. E, ainda, todos do setor de emergência trabalham com as mesmas condições de trabalho, sem exceção. Ou seja, os problemas característicos de uma emergência de um hospital público do estado do Rio de Janeiro são vivenciados e há a tentativa de superá-los de todas as formas, de maneira igual, pelo que pude observar.

Ainda, para complementar:

“Pra que ele possa funcionar da melhor forma, pra que ele seja, mesmo, melhor compreendido na equipe hospitalar (pausa). Eu acredito que não seja ainda. Não tem o valor que deveria pela equipe de saúde. Os profissionais de enfermagem, alguns, entendam que seja uma atividade menor, de menor importância e, na verdade, não é. Que ele tem como contribuir pra diminuir a lotação do hospital e melhorar a assistência, né? Eu acredito que seja, primeiro, que o acolhimento, pensando só nele, funcione melhor, né? Que as pessoas

estejam melhor qualificadas nessa função pra acolher o paciente e, também, a título de cultura hospitalar, que ele seja melhor compreendido pelos outros setores, né?” (Sujeito D).

“As pessoas acham que o acolhimento, inclusive quem nunca trabalhou, né (pausa). Acham que é tranquilo (pausa). ‘Ah, você vai lá, vê só o que a pessoa tem, verifica pressão, blá blá blá’ Mas não é isso. Envolve muita coisa, envolve você ter um relacionamento até com você mesmo, você com o paciente, com o médico, com o outro enfermeiro, com o técnico (pausa). Essa relação, você tem que ter um “jogo de cintura” enorme ali dentro porque, assim (pausa). Não é todo mundo que tá preparado pra trabalhar ali não (pausa). Então, é um trabalho difícil no acolhimento, eu acho (pausa). Então, realmente tem que ter pessoas preparadas, treinadas e com muita paciência (pausa). É isso aí.” (Sujeito E).

“Eu acho que as pessoas não entendem, os profissionais não assimilam o que é o acolhimento, pra que serve o acolhimento. Eles não conseguem assimilar. Eles acham que a equipe do acolhimento (pausa). Quer dizer, eles acham (pausa). O que eu vejo, como eu ouço ‘ah! Aqui que é o acolhimento?’. Como assim ‘aqui que é o acolhimento’. Não! AQUI É O ACOLHIMENTO. A entonação é diferente, é daqui que sai tudo pra dentro dessa emergência, entendeu? [...] E eu acho que essa idéia, do que é o acolhimento é que, às vezes, de uma forma geral, nem por A, nem por B, nem por C, as pessoas, os profissionais não têm muito (pausa). Então, eu acho que falta um pouquinho isso dentro dos profissionais, da instituição, de uma forma geral (pausa). Eu não tenho experiência em acolhimento de outras instituições, não sei se é assim (pausa). Eu digo da instituição que eu trabalho e do plantão que eu trabalho, porque também tem isso (pausa). Como aqui cada dia é uma equipe diferente, de repente a equipe do outro dia da semana tem uma visão do acolhimento muito melhor. Eu digo da equipe do meu dia.” (Sujeito G).

E, ainda, para complementar, observa-se uma certa dificuldade, dos funcionários dos outros setores, em entender o significado do acolhimento. Essa dificuldade é enfrentada, também, pelos sujeitos com relação aos usuários do serviço de saúde em questão:

“Eu acho que é pouco divulgado, eu acho que é um serviço muito importante, porém, pouco divulgado por todo mundo (toda a área de saúde do governo). Então, é pouquíssimo divulgado. O pessoal chega aqui, os pacientes chegam aqui, os acompanhantes chegam aqui e acham que a gente tá ali só pra verificar pressão... E a gente orienta e encaminha e ‘tá, tá, tudo bem... Eu vou passar pelo médico quando?’. Então, saber que a gente tá ali na frente pra orientar, pra ajudar, isso não é divulgado. Eu mesma, assim que entrei aqui, eu não tinha idéia do era acolhimento... Eu fui conhecer o acolhimento depois que eu entrei e aí eu vi que é super importante pra tudo e não é uma coisa divulgada. Se fosse divulgada, além das pessoas darem mais valor à gente, à equipe de enfermagem, ao enfermeiro, ao técnico de enfermagem, eu acho que seria mais fácil, pq a gente não teria bate-boca, a gente não teria stress ali na frente, pq todo mundo ia entender, ia saber que tem que passar por ali, que é pro bem deles... E tá esperando muito tempo? Tá... Mas, se não tivesse a gente, esperaria muito mais... O paciente que tá mais grave, esperaria e morreria na fila, como acontecia antigamente. Isso não é divulgado... Eu não sei até que ponto não é interessante, mas eu acho que é primordial a divulgação, como outras coisas que não são divulgadas. Mas, com relação ao acolhimento, a divulgação é uma deficiência absurda... Porque a pessoa chega ali na frente, não sabe o que é... Aí briga com a gente que estamos fazendo o nosso trabalho (eu acho que, aqui no hospital, bem...) e acaba que gera um stress pra equipe, a equipe, por sua vez, trabalha desmotivada pq sabe que já vai chegar no plantão discutindo... Porque o paciente que tá vindo procurar atendimento não entende e, por não ter essa informação. Por isso, eu acho que devia ser mais divulgado.” (Sujeito F).

Assim, o acolhimento com todas as suas proposições e dimensões tecno-assistencial, e de tecnologia leve em ato, ao estar atrelado ao protocolo de Manchester termina por construir uma fundação para a operacionalização do acolhimento sob a ótica Taylorista.

“Então, o acolhimento pra mim, hoje, não é o melhor setor do hospital, eu vejo com uma importância fundamental, acho que deveria ser mais valorizado... E aí eu não digo por A, por B, ou por C, mas valorizado de uma forma geral. As pessoas tinham que vivenciar o que é realmente o acolhimento, a classificação de risco, a importância disso...” (Sujeito G).

Mas, a partir do momento que nem mesmo os sujeitos (lotados no próprio setor) sabem dar essa definição, torna-se difícil mostrar aos outros, “de fora”, o que eles “são”, pois, retornando a uma discussão anterior, o que os sujeitos passam aos outros é que são, simplesmente, uma equipe de enfermeiros e técnicos de enfermagem que só verificam sinais vitais, preocupam-se com sinais e sintomas e repassam o problema para o atendimento médico. O “além” não é mostrado para terceiros, porque nem os próprios sujeitos sabem o que é.

As questões levantadas nesta categoria interferem, influenciam e conversam com a gerência do cuidado de enfermagem aos usuários atendidos no acolhimento. O conceito de gerência dado pelos sujeitos está estritamente limitado à gerência de um espaço físico (organização, por exemplo, de insumos necessários aos atendimentos aos usuários) e ao gerenciamento das tarefas realizadas pelos técnicos de enfermagem do setor. Se cada funcionário consegue realizar as suas atividades, dentro do ordenado, de forma adequada, um bom gerenciamento está sendo realizado. Aqui, a gerência do cuidado talvez esteja limitada a quem verifica os sinais vitais de quem; ou, quem encaminha quem, para onde.

Considerações Finais

O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e *pactuar* respostas mais adequadas aos usuários. Implica prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o usuário e a família em relação a outros serviços de saúde para a continuidade da assistência, intencionando um fluxo de referência e contra-referência (operar em rede), e estabelecendo articulações com esses serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos. Essa definição de acolhimento, já colocada anteriormente neste estudo, é a que melhor define este setor considerando a tecnologia leve como ferramenta para a operacionalização pelos profissionais que lá atuam.

O acolhimento é um local, uma porta de entrada, onde os usuários, com todo e qualquer tipo de quadro clínico, têm o primeiro contato com a emergência de uma unidade, considerada referência em atendimento de urgências e emergências, em um nível secundário do sistema de saúde. Seus enfermeiros atuam em conformidade com o modelo assistencial vigente, e, os usuários se encontram em um microespaço considerado, diversas vezes, um espaço tecnológico errado.

Neste microespaço, desenvolvem-se articulações e tensões entre a macropolítica de saúde que agrega os princípios de universalidade, equidade, integralidade e intersetorialidade de um sistema que possui o modelo biomédico inserido no cotidiano da micropolítica da unidade.

Em um primeiro momento, observou-se neste estudo que os entrevistados possuem, em idade, entre 26 e 35 anos, possuem entre dois e pouco mais de cinco anos de formados (término do curso de graduação), somente um possui curso de especialização concluído (na área de Terapia Intensiva), dos sete, três possuem outro vínculo empregatício (em outras unidades de saúde e, todos, fora da área de acolhimento e emergência) e, com relação ao tempo que atuam no setor de acolhimento com classificação de risco da unidade, possuem entre um e pouco mais de dois anos.

Em um segundo momento, através das falas dos sujeitos, pôde-se observar que esses enfermeiros relacionam, de fato, o acolhimento como setor inserido na emergência. No entanto, essa relação só é encontrada no organograma da unidade. Na realidade, o que observa-se é que como não há continuidade do cuidado “da porta de entrada para dentro”, há, assim, uma separação entre estes, ou seja, acolhimento e emergência são setores distintos.

O acolhimento atua como porta de entrada da emergência e, em suas falas, os sujeitos fazem questão de demonstrar o seu entendimento do que é humanização e de como esta

deveria estar inserida no cotidiano deles. Nessas falas, emergem as idéias de que eles não observam o acolhimento, da forma como eles o fazem, sendo pautado e inserido no contexto da Política. Ao compartilhar esse cotidiano, identificou-se que os sujeitos constroem suas definições pessoais para a humanização e atribuem sentido à elas no cotidiano de cuidar, expressando sua implicação no processo de trabalho que desenvolvem. Assim, da forma como eles afirmam, para um cuidado humanizado é necessário que seja dada atenção e que se tenha um olhar diferenciado aos usuários, e eles não vêem possibilidade para que isto ocorra.

O acolhimento passa, então, a ser uma ferramenta dupla, que traz a perspectiva de uma tecnologia leve, mas que no cotidiano da unidade e da instituição funciona como um dispositivo tecnológico leve-duro, pois normatiza e gerencia ações, estruturas e fluxos para o cuidado da população. Assim, o valor dado aos procedimentos, à organização dos usuários pelas cores (do mais para o menos grave), à organização dos técnicos de enfermagem em suas posições (rampa, balcão, revisão, etc.) é muito maior do que é dado às relações, à escuta, à atenção e a todas as perspectivas que a tecnologia leve propõe.

Desta forma, o acolhimento é operacionalizado sob uma ótica tecnicista, quase como um passo a passo, em contradição ao exposto na PNH, o acolhimento como uma ação tecno-assistencial que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social através de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito, participante ativo no processo de produção da saúde. Porém, em contraposição, o cotidiano da emergência, onde se dá o processo de trabalho da equipe de enfermagem, revela um paradoxo entre o modelo tecno-assistencial proposto, acolhimento, e o modelo assistencial operado e dado a partir da constituição do processo de trabalho dado no conjunto de ações, reações, interações, etc. da emergência.

O cotidiano do processo de trabalho da equipe, como pôde ser observado, revela uma tensão constituída paradigmaticamente entre o modelo proposto e o vigente, perpassando por uma série de fatores e situações que revelam a existência da co-habitação de um modelo “real”, palpável, operacional, vivo no cotidiano da prática, que fundamenta, orienta e permeia a estruturação do processo de trabalho da equipe; é um modelo “virtual” que pretende-se como estruturante dos processos, mas que, de fato, não se constitui no cotidiano desta forma.

Importante acentuar, ainda, que a escuta qualificada e a capacidade de pactuação entre a demanda do usuário e a possibilidade de resposta do serviço são conceitos-ferramenta para a consolidação do acolhimento no cotidiano das práticas de saúde e, devem traduzir-se em qualificação da produção de saúde complementando-se com a responsabilização daquilo que

não se pode responder de imediato, mas que é possível direcionar, de maneira ética e resolutiva, com segurança de acesso ao usuário.

A emergência se situa como porta de entrada dentro de uma política específica para tal e, ainda, dentro do SUS, como parte da pirâmide e do sistema de referência e contra-referência em busca de resolutividade. No entanto, comprovou-se que o sistema de referência e contra-referência não é eficaz, visto que os usuários “andam” de unidade em unidade a procura de atendimento. Casos azuis deveriam ser atendidos em unidades básicas de saúde (atenção primária do Sistema), no entanto são observados diversos destes casos na porta de entrada da emergência oriundos das unidades que deveriam atendê-los. Da mesma forma acontecem com os casos verdes, que deveriam ser atendidos nas UPAS, mas que, na realidade, são absorvidos pela emergência em questão.

Ainda, incomoda aos sujeitos em como o acolhimento, no cotidiano desses, só é realizado por eles próprios. A avaliação de risco e vulnerabilidade não pode ser considerada prerrogativa exclusiva dos profissionais de saúde, ou melhor, dos profissionais de enfermagem do próprio acolhimento. Assim, os outros profissionais atuantes na unidade (aí incluídos os profissionais que atuam na limpeza, os vigilantes e os profissionais de saúde que não atuam especificamente no microespaço do acolhimento), o usuário e sua rede social devem também ser considerados neste processo.

A explicação para esses fatos se relaciona com a transição paradigmática vivida no cotidiano da prática de cuidar na emergência e é expressa nas falas dos entrevistados, em que o usuário, como centro das ações, se apresenta como proposição em construção. O processo de mudança “triagem – triagem classificatória – acolhimento com classificação de risco” se deu, para os profissionais “da ponta” (os que atuam na assistência diretamente na prática) de forma repentina. Estas equipes, no seu cotidiano, obrigaram-se a entender que, no momento, a atuação é diferente da que existia antes. No entanto, para os outros profissionais essa transição não ficou “clara”. Assim, para esses, os conceitos trabalhados nesta mudança ainda permanecem sem explicação.

Analisando as falas dos sujeitos, constatou-se, ainda, um outro lado a ser observado. As práticas profissionais podem ser explicadas segundo diferentes enfoques. Na enfermagem, como em outras profissões, o enfermeiro incorpora, em sua formação profissional, o saber de várias ciências. Dentre elas, a ciência da administração contribui com uma parcela que se concretiza, principalmente, na administração do pessoal de enfermagem.

É claro, para os sujeitos, que atuando no setor de acolhimento, eles exercem uma gerência própria para este microespaço, onde, segundo eles próprios, há que ter uma

organização para onde o usuário é encaminhado, a organização dos funcionários, orientação dos usuários, enfim, uma coordenação de atividades.

Ainda, seguindo a mesma idéia, muitas das características observadas nos sujeitos, a partir da própria observação e de suas falas, têm profunda semelhança com a administração científica de Taylor. Uma das crenças de Taylor residia em que as capacidades e as limitações de cada funcionário poderiam ser identificadas para que eles pudessem ser mais bem alocados à tarefa mais apropriada. Este fato é claramente observado ao perceber a organização que os enfermeiros têm com a localização de cada técnico de enfermagem dentro do setor de acolhimento, ou seja, cada um deles têm as suas tarefas específicas que devem ser realizadas em prol da organização do setor e da assistência ao usuário que chega sob demanda espontânea.

Durante a observação, pôde-se perceber que esse lado “tarefeiro”, esse processo de trabalho fragmentado torna impossível a construção do acolhimento em sua totalidade, pois cria-se um “bloqueio” quanto ao que vai além das atividades e funções de cada profissional neste setor. Mais uma vez, a tecnologia leve é ofuscada pela tecnologia dura, o fazer mecanicamente. Ainda, essas funcionários devem entender como estão “encaixados” nessa organização, quais as suas funções e qual a importância destas para a organização.

Ainda, para esses mesmos sujeitos, há que se ter planejamento. Planejamento é essencialmente importante e antecede todas as demais funções administrativas. Sem planejamento adequado, o processo administrativo fracassa, não podendo ser satisfeitas as necessidades e alcançados os objetivos. Planejar pode ser definido como decidir antecipadamente o que fazer, quem o fará, além de como, quando e onde será feito. Assim, todo planejamento envolve uma escolha entre alternativas (MARQUIS; HUSTON, 2010).

Porém, neste estudo, o enfoque é dado ao planejamento operacional, caracterizado por ser de curto alcance (planos de curto prazo e realizados pelos funcionários de um microespaço inserido em uma unidade maior, em um macroespaço), próprio ao setor de acolhimento.

Associado a esse planejamento operacional, há que ser abordada a questão de cultura organizacional x clima organizacional. A cultura é a soma de valores, linguagem, tradições, costumes e elementos intocáveis de uma organização – as poucas questões presentes em uma organização que não estão abertas a discussão ou mudança. É o “sistema operacional” de uma organização que impulsiona essa organização e suas ações.

Já o clima é a forma como os empregados percebem uma organização. A percepção pode ser precisa ou imprecisa, sendo que as pessoas de uma mesma organização podem ter

diferentes percepções dessa organização. Assim, uma vez que o clima organizacional é a forma como os indivíduos vêem a organização, clima e cultura podem ser diferentes.

Esse aspecto é abordado pelos sujeitos em suas falas. Para eles, o acolhimento não tem privilégios em comparação ao restante da emergência. de acordo com os entrevistados, o acolhimento parece ser um setor à parte, não incluído dentro de um macroespaço chamado emergência.

E, para finalizar, os sujeitos afirmam que os funcionários da emergência que não estejam lotados no acolhimento possuem dificuldades em compreender o significado desta proposta, da rotina, do fluxo de atendimento, o que pode ser explicado pela forma como muitos dos funcionários mais antigos não querem ser remanejados para lá. Talvez a falta de compreensão (devido à mudança paradigmática) seja a resposta, talvez, simplesmente seja a falta de afinidade.

As limitações deste estudo concentraram-se, principalmente, no fato desta temática ter sido, até o momento, superficialmente estudada. As publicações encontradas para auxiliar no processo de fundamentação teórica mostraram-se escassas. Ainda, sentiu-se a necessidade de haver mais tempo para a realização deste estudo.

Como contribuições, apresento este estudo com o objetivo de que o acolhimento se torne um tema discutido já na graduação. É importante que os acadêmicos de enfermagem tenham conhecimento a cerca da mudança paradigmática que, por fim, deu origem à PNH, quais os seus objetivos dentro das instituições de saúde (não só nas unidades de urgência e emergência), em todas as portas de entrada, quem são os sujeitos envolvidos nesse novo paradigma e quais os direitos e deveres tanto dos usuários que acessam esses locais quanto aos profissionais que os atendem.

Ainda, há a necessidade de que os alunos de pós-graduação (especialização, mestrado e doutorado) atentem para o baixo quantitativo de pesquisas acerca desta temática. A enfermagem possui um campo extenso a ser pesquisado. E o acolhimento, inserido na PNH, é um deles.

Quanto à assistência, através deste estudo, pode-se afirmar, que os profissionais estão sendo lotados neste setor sem entender o real objetivo da Política a qual estão inseridos. E, mais ainda, é muito necessário que os profissionais mais antigos e, até mesmo, os usuários, tenham conhecimento que, hoje em dia, o acesso aos serviços de saúde não se realizam mais como antigamente, ou seja, esse “novo” paradigma deve ser repassado a todos.

Referências

ABRAHÃO, A. L. Notas sobre o Planejamento em Saúde. In: MATTA, G. C.; PONTES, A. L. M. (Orgs.). **Políticas de saúde: organização e operacionalização do sistema único de saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. P. 163-93.

ABRAHÃO, A. L. **Produção de subjetividade e gestão em saúde: cartografias da gerência**. 2004. 190 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**, Lisboa (PT): Edições 70, 2009.

BENEVIDES, R., PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 17, p. 389-406, mar/ago. 2005.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 561-71. 2005(b).

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto nº 5.055, de 27 de abril de 2004. Institui o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU, em municípios e regiões do território nacional, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004(a). Disponível em:
<http://samu.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&task=view&id=319&Itemid=138>. Acesso em 8 ago. 2010.

_____. _____. **DATASUS: Departamento de Informática do SUS**. Brasília (DF), 2008. Disponível em:
<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0202>. Acesso em 4 nov. 2011.

_____. _____. Manual da Política Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2000. Disponível em:
<<http://www.portalthumaniza.org.br/ph/texto.asp?id=80>>. Acesso em 1 nov. 2010.

_____. _____. Portaria GM/MS nº 1.020, de 13 de maio de 2009. Estabelece diretrizes para implantação do componente pré-hospitalar fixo para a organização de redes locais de atenção integral às urgências em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009a. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1020_13_05_2009.html>
. Acesso em 15 ago. 2010.

_____. _____. Portaria GM/MS nº 2.048, de 5 de novembro de 2002. Aprova o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2002. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-2048.htm>>. Acesso em 8 ago. 2010.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde**. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. 44p. Série B. Textos Básicos de Saúde.

_____. _____. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004(b). 48p. Série B. Textos Básicos de Saúde.

_____. _____. _____. _____. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004(c). 20p. Série B. Textos Básicos de Saúde.

BUENO, W. S.; MERHY, E. E. **Os equívocos da NOB 96: uma proposta em sintonia com os projetos neoliberalizantes?** 1997. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/NOB96/NOB96crit.htm>>. Acesso em: 20 out. 2010.

CAMPOS, G W. S. **A Saúde Pública e a Defesa da Vida**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

CAMPOS, G W. S. **Reforma da Reforma: repensando a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1992.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos – a construção do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

CECÍLIO, L. C. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública**, v.13, n.3, p. 469-78. 1997.

COELHO, M. J. **Os bastidores da assistência:** o cliente em risco de vida e a enfermagem de emergência. 1991. 313 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1991.

COFEN. Lei nº 7.498/86, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Brasília, DF: Conselho Federal de Enfermagem; 1986. Disponível em: <<http://site.portalcofen.gov.br/node/4161>>. Acesso em 25 jun 2011.

COFEN. 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, DF: Conselho Federal de Enfermagem; 2009. Disponível em: <<http://site.portalcofen.gov.br/node/4384>>. Acesso em 10 ago. 2010.

CRUZALEGUI, M. P. G. **Estilos de cuidar de enfermagem para o cliente com crise asmática aguda na Unidade de Emergência do Hospital Belén de Trujillo-Perú.** 2003. 187f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2003.

ESPIRIDIDÃO, M. A.; TRAD, L. A. B. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 6, p. 1267-76, jun. 2006.

FONSECA, C. C. D. M. et al. **Acolhimento:** um novo nome na diretriz do processo de trabalho ou uma mudança de atitude profissional? 2006. 62f. Trabalho de conclusão [Especialização]. Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família, Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, 2006.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.2, n.15, p.345-53. 1999.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG). In: MERHY, E. E., et al. (Org.). **O**

trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 4 ed. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 37-54.

GONÇALVES, R. B. M. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde.** São Paulo: Hucitec, 1994.

HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na sociologia.** 12ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

KURCGANT, P. (coord.). **Administração em enfermagem.** São Paulo: EPU, 1991.

MARQUIS, B. L.; HUSTON, C. J. **Administração e liderança em enfermagem: teoria e prática.** Porto Alegre: Artmed, 2010.

MATUS, C. O plano como aposta. **São Paulo em perspectiva**, São Paulo (SP), v. 5, n. 4, p. 28-42, out./dez. 1991.

MATUS, C. **Política, planejamento e governo.** Brasília, Ipea, 1993.

MELO, E. C. P.; CUNHA, F. T. S.; TONINI, T. Políticas de saúde pública. In: FIGUEIREDO, N. M. A. **Ensinando a cuidar em saúde pública.** 1. ed. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2008. Cap. 4, p. 47-72.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: CECÍLIO, L.C.O. (Org.) **Inventando a mudança em saúde.** São Paulo: Hucitec, 1994. p.116-60.

MERHY, E. E. **Reflexões sobre as tecnologias não materiais em saúde e a reestruturação produtiva do setor: um estudo sobre a micropolítica do trabalho vivo.** 2000. Tese (Livre Docência) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2000.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo.** São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E. E., et al. (Org). **O Trabalho em Saúde: Olhando e Experienciando o SUS no Cotidiano.** 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2004. 296p.

- MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.) **Agir em saúde: um desafio para o público**. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2007. 384 p.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12ª ed. São Paulo: Hucitec, 2010.
- MOTTA, P. R. **Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente**. 9ª ed. Rio de Janeiro: Record, 2004.
- PEIXOTO, M. G. S. **Abordagem gerencial do cuidado de enfermagem em emergência**. 2004. 90 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.
- POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- PORTO, I. S., et al. Método de Associações de Conteúdos: Uma Alternativa para Analisar Dados Textuais nas Pesquisas de Enfermagem. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 11, n. 3, p. 337-47, set /dez. 2003.
- PRATA, C. A. **O cuidado para familiares de clientes em período pré-operatório de cirurgia cardíaca: implicações para a enfermagem hospitalar**. 2006. 170 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.
- PROCHNOW, A. G. et al. Acolhimento no âmbito hospitalar: perspectivas dos acompanhantes de pacientes hospitalizados. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre (RS), v. 30, n.1, p. 11-8, mar. 2009.
- SANTORO, D. C. **O Cuidado de enfermagem na unidade coronariana: um ensaio sobre a dimensão na subjetividade no cuidar**. 2000. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.
- SANTOS, A. M. R. **O cotidiano em emergência: o olhar da equipe de enfermagem para o cuidar e a tessitura dos cuidados**. 1999. 169f. Dissertação (Mestrado em

Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 1999.

SANTOS, N. L. P. **As necessidades de saúde de candidatos a doadores de sangue na triagem clínica em hemoterapia.** 2008. 174 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2008.

SILVA, L. G.; ALVES, M. S. O acolhimento como ferramenta de práticas inclusivas de saúde. **Revista de APS**, Juiz de Fora (MG), v. 11, n. 1, p. 74-84, jan./mar. 2008.

SOUZA, R. S.; BASTOS, M. A. R. Acolhimento com classificação de risco: o processo vivenciado por profissional enfermeiro. **REME - Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte (MG), v. 12, n. 4, p. 581-86, out./dez. 2008.

Apêndices

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA EEAN/HESHA TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Resolução nº 196/96 – Conselho Nacional de Saúde

O Sr.(a) foi selecionado(a) e está sendo convidado(a) a participar da pesquisa **intitulada**: “O COTIDIANO DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA: CONTRIBUIÇÕES PARA A GERÊNCIA DE ENFERMAGEM”, que tem como **objetivos**: descrever as atividades cotidianas do acolhimento da emergência pela equipe de enfermagem; identificar o entendimento de acolhimento para a equipe de enfermagem; analisar a gerência (do cotidiano) da equipe de enfermagem no acolhimento da emergência. Este é um estudo baseado em uma abordagem qualitativa, utilizando como método a etnometodologia. A pesquisa terá duração de dois (2) anos, com o término previsto para dezembro de 2011. Suas respostas serão tratadas de forma **anônima e confidencial**, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada uma vez que seu nome será substituído de forma aleatória. Os **dados coletados** serão utilizados apenas **NESTA** pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas. Sua participação é **voluntária**, isto é, a qualquer momento você pode **recusar-se** a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e **retirar seu consentimento**. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição que forneceu os seus dados, como também na que trabalha. Sua **participação** nesta pesquisa consistirá em responder as perguntas a serem realizadas sob a forma de entrevista. A entrevista será gravada em mp3 para posterior transcrição – que será guardado por cinco (05) anos e incinerada após este período. Você não terá nenhum **custo ou quaisquer compensações financeiras**. **Não haverá riscos** de qualquer natureza relacionada à sua participação. O **benefício** relacionado à sua participação será de aumentar o conhecimento científico para a área da gerência de enfermagem.

O Sr.(a) receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone/e-mail do pesquisador responsável, e demais membros da equipe, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Desde já agradecemos!

Profª Drª Nereida Lúcia P. dos Santos

Tel.: 8892.7970

Email: santosnereida@gmail.com

Enfª Camilla Maria de Oliveira Ramos

Cel.: 7711.6106

Email: millaoliveira_ramos@yahoo.com.br

Comitê de Ética em Pesquisa EEAN/HESFA: (21)2293.8148/ramal 228

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2010

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

Sujeito da Pesquisa: _____

(assinatura)

**APÊNDICE B – ROTEIRO DA OBSERVAÇÃO
PARTICIPANTE (DIÁRIO DE CAMPO)**

SITUAÇÃO OBSERVADA:

DATA:

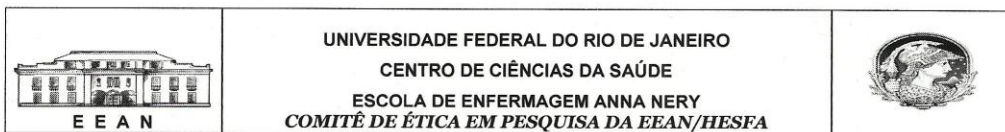
HORA:

LOCAL:

COMENTÁRIOS:

Anexos

**ANEXO A – CARTA DE APROVAÇÃO DO CEP DA
EEAN/UFRJ**



Protocolo nº 036/2011

Título do Projeto: O COTIDIANO DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA: CONTRIBUIÇÕES PAR A GERÊNCIA DE ENFERMAGEM

Pesquisador Responsável: Camilla Maria de Oliveira Ramos

Instituição onde a pesquisa será realizada: Hospital Estadual Rocha Faria

Data de Entrega do Protocolo ao CEP: 16/5/2011

Parecer

O Comitê de Ética em Pesquisa da EEAN/HESFA atendendo o previsto na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde **APROVOU** o referido projeto na reunião ocorrida em 31 de maio de 2011.

Caso a pesquisadora altere a pesquisa é necessário que o projeto retorne ao CEP para uma futura avaliação e emissão de novo parecer.

Lembramos que a pesquisadora deverá encaminhar o relatório da pesquisa daqui a **01 (hum) ano e/ou ao término da mesma, com um CD**, indicando o número do protocolo atual, como um compromisso junto a esta Instituição e o CONEP.

Rio de Janeiro, 06 de junho de 2011.



Maria Aparecida Vasconcelos Moura
Coordenadora do CEP EEAN/HESFA