

# Acolhimento da pessoa em sofrimento mental em serviço hospitalar de emergência: pesquisa qualitativa

*Embracement of the person with mental illness at an emergency hospital service: a qualitative research*  
*Acogimiento de la persona em sufrimento mental em servicio de urgencia en hospital: investigación cualitativa*

**Paula Fernanda Lopes<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0001-8392-3756

**Luciana de Lione Melo<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-6730-9075

**Vania Moreno<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-2145-5827

**Vanessa Pellegrino Toledo<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0003-4009-1042

<sup>1</sup> Universidade Estadual de Campinas. Campinas, São Paulo, Brasil.

<sup>2</sup> Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. Botucatu, São Paulo, Brasil.

## Como citar este artigo:

Lopes PF, Melo LL, Moreno V, Toledo VP. Embracement of people with mental illness at an emergency hospital service: a qualitative research. Rev Bras Enferm. 2020;73(2):e20180671. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0671>

## Autor Correspondente:

Vanessa Pellegrino Toledo  
E-mail: [vtoledo@unicamp.br](mailto:vtoledo@unicamp.br)



EDITOR CHEFE: Antonio José de Almeida Filho  
EDITOR ASSOCIADO: Fátima Helena Espírito Santo

**Submissão:** 03-09-2018    **Aprovação:** 17-06-2019

## RESUMO

**Objetivos:** compreender a ação do enfermeiro que realiza acolhimento da pessoa em sofrimento mental em Unidade de Emergência Referenciada em um hospital universitário. **Métodos:** pesquisa qualitativa, fundamentada na fenomenologia social de Alfred Schütz. A coleta de dados foi realizada entre dezembro de 2015 e janeiro de 2016, por meio de entrevistas fenomenológicas com 13 enfermeiros de uma Unidade de Emergência. **Resultados:** os enfermeiros acolhem de acordo com suas experiências prévias, identificam facilmente queixas biológicas e, quando reconhecem sinais e sintomas psiquiátricos, encaminham ao psiquiatra. Apresentam dúvidas sobre o que fazer, portanto, esperam ser qualificados para tal ação, acreditam que um protocolo poderia ajudar, bem como necessitam de mais tempo. **Considerações finais:** a compreensão do tipo vivido do enfermeiro que acolhe a pessoa em sofrimento mental possibilitou, neste estudo, o reconhecimento da necessidade de pesquisas e intervenções que foquem na articulação da dimensão biológica, psíquica e social na ação do acolhimento.

**Descritores:** Enfermagem; Acolhimento; Saúde Mental; Serviço Hospitalar de Emergência; Pesquisa Qualitativa.

## ABSTRACT

**Objectives:** to understand actions of nurses who care for people person with mental illness at a Referenced Emergency Unit in a university hospital. **Methods:** a qualitative research based on Alfred Schütz's social phenomenology. Data collection was performed between December 2015 and January 2016 through phenomenological interviews with 13 nurses from an Emergency Unit. **Results:** nurses embrace according to their previous experiences. They easily identify biological complaints and, when they recognize psychiatric signs and symptoms, refer them to the psychiatrist. They raise doubts about what to do, so they expect to be qualified for such action, believing that a protocol could help as well as they need more time. **Final considerations:** the understanding of the lived type of nurse who embraces people with mental distress made possible in this study need recognition for research and interventions that focus on biological, psychic and social dimension articulation at embracement.

**Descriptors:** Nursing; User Embracement; Mental Health; Emergency Service, Hospital; Qualitative Research.

## RESUMEN

**Objetivos:** comprender las acciones de las enfermeras que reciben a la persona con enfermedad mental en una Unidad de Emergencia recomendada en un hospital universitario. **Métodos:** investigación cualitativa, basada en la fenomenología social de Alfred Schütz. La recolección de datos se realizó entre diciembre de 2015 y enero de 2016, a través de entrevistas fenomenológicas con 13 enfermeras de una Unidad de Emergencia. **Resultados:** las enfermeras aceptan de acuerdo con sus experiencias anteriores, identifican fácilmente las quejas biológicas y, cuando reconocen los signos y síntomas psiquiátricos, los remiten al psiquiatra. Tienen preguntas sobre qué hacer, por lo que esperan estar calificados para tal acción, creen que un protocolo podría ayudar y necesitar más tiempo. **Consideraciones finales:** la comprensión del tipo vivido de la enfermera que recibe a la persona en sufrimiento mental hizo posible en este estudio el reconocimiento de la necesidad de investigación e intervenciones que se centren en la articulación de la dimensión biológica, psíquica y social en lo acogimiento.

**Descriptorios:** Enfermería; Acogimiento; Salud Mental; Servicio de Urgencia en Hospital; Investigación Cualitativa.

## INTRODUÇÃO

Os serviços de urgência e emergência vêm apresentando uma mudança de cenário em nível global, presenciando aumento da demanda de pacientes, seja com queixas urgentes ou com questões passíveis de serem resolvidas na Atenção Básica (AB)<sup>(1)</sup>. No Brasil, esse problema é acentuado pela baixa resolubilidade no setor primário à saúde, o que dificulta o acesso do paciente aos diferentes níveis de complexidade. Dessa maneira, os serviços hospitalares de emergência tornam-se as principais portas de entrada do sistema de saúde, sendo necessária a reestruturação do acesso, para que todos possam ser atendidos respeitando os princípios de universalidade, equidade e integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>(1-2)</sup>. Neste estudo, tal serviço será chamado de Unidade de Emergência (UE), por se tratar de um hospital universitário e ter essa nomenclatura.

A fim de administrar o fluxo de pacientes, reduzir filas e o tempo de espera para o acesso à saúde, foi implementado na Política Nacional de Humanização (PNH), criada pelo Ministério da Saúde (MS) em 2004, o acolhimento com classificação de risco. Nessa ação, o enfermeiro é responsável por avaliar o paciente logo na sua chegada à unidade e identificar o grau de prioridade para o primeiro atendimento, seguindo algum protocolo de classificação de risco, conforme recomendação do MS na Portaria nº 2048 de 2002<sup>(1-2)</sup>.

No Brasil, o Sistema de Triagem de Manchester (STM) vem sendo amplamente utilizado no sistema de saúde público e privado, estabelecendo uma classificação de risco em cinco categorias que consideram a história clínica, os sinais e sintomas que levam a um fluxograma composto por discriminadores, nos quais as respostas positivas ou negativas direcionam a prioridade clínica e um tempo de atendimento definidos por cores que representam a ordem crescente de gravidade em: azul, verde, amarelo, laranja e vermelho. Assim, é organizado o atendimento de forma que pacientes que apresentam sinais de gravidade tenham prioridade no atendimento<sup>(2-3)</sup>.

Apesar de ser uma ferramenta sensível e acurada para detectar aqueles que precisam de cuidado crítico, esse sistema de classificação, originalmente, não previu, em seu fluxograma, o acesso das pessoas em sofrimento mental ao serviço de emergência<sup>(3-5)</sup>.

Todos os dias, pessoas com sofrimento mental procuram as UEs, que se configuram como um dos componentes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no tocante aos setores de urgência e emergência. A RAPS, instituída no Brasil em 2011, é pautada no imperativo de oferecer cuidado aos usuários com sofrimento ou transtorno mental e vícios decorrentes do uso do crack, álcool e outras drogas. Além das UEs, são componentes da RAPS: Atenção Básica à Saúde, atenção psicossocial estratégica, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, e as estratégias de institucionalização e reabilitação psicossocial<sup>(6)</sup>.

Apesar de a RAPS disponibilizar outras estratégias de cuidado a pessoas em sofrimento mental, a procura pelas UEs vem aumentando<sup>(1,6)</sup>. Isso pode ser explicado pelo fato de que essas pessoas, muitas vezes, por se sentirem isoladas e receosas, relutam em procurar ajuda especializada até que se sintam em uma situação de emergência<sup>(7)</sup>. Ainda, quando procuram ajuda em Unidades de Saúde da Família, nem sempre conseguem a garantia da resolubilidade para seu problema, o que pode ser explicado

pela indisponibilidade de profissionais especializados na rede<sup>(8)</sup>. Sendo assim, a UE mostra-se uma opção para que o paciente tenha sua queixa ouvida por um profissional da área da Saúde, o que, em sua concepção, pode resolver seu processo de busca por assistência. Nesse sentido, é importante que o profissional de saúde estabeleça uma relação acolhedora e humanizada para promover a atenção à saúde nos níveis individuais e coletivos, minimizando a dificuldade de acesso, que pode ser percebida quando esses pacientes chegam ao hospital e se deparam com um profissional despreparado para atender suas demandas<sup>(8-10)</sup>.

Em relação à PNH, é interessante considerar que o acolhimento não se resume à classificação de risco. O acolhimento se propõe como uma postura ética, uma ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde, aproximando-se do cuidado de enfermagem, tendo em vista que ambos envolvem o estabelecimento de uma relação que visa facilitar o vínculo entre enfermeiro e paciente, fundamentado no cuidado integral e humanizado<sup>(3,11)</sup>.

Este estudo justifica-se pela problemática encontrada nas UEs, ao acolher pessoas em sofrimento mental, considerando que elas procuram essas unidades, muitas vezes, devido à falta de resolubilidade da AB e dificuldade de acesso aos serviços de saúde<sup>(1-3)</sup>. Além disso, a realização deste estudo se propõe a compreender as possibilidades de condução do acolhimento à pessoa em sofrimento mental pela via do compartilhamento de saberes do enfermeiro, tomando para si a responsabilidade ética pela resolutividade da sua demanda. Essa responsabilização, muitas vezes, se contrapõe à agregação de um protocolo biomédico ao acolhimento, no formato de triagem, que se esgota na etapa da recepção com seleção daqueles que serão atendidos pelo serviço no momento<sup>(2,4-5)</sup>. Assim, a ampliação desse entendimento se apresenta como possível caminho para repensar e sugerir novas formas de realizar esta ação e associá-la ao cuidado de enfermagem, no cenário estudado.

## OBJETIVOS

Compreender a ação do enfermeiro no acolhimento à pessoa em sofrimento mental em uma UER de um hospital universitário.

## MÉTODOS

### Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, respeitando os princípios da Resolução nº 466/12 sobre a pesquisa com seres humanos. Os sujeitos que aceitaram participar deste estudo concederam sua anuência ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para garantir o anonimato dos participantes, eles foram identificados com a letra "E", inicial da palavra "enfermeiro", seguido por números arábicos, de acordo com a ordem em que se realizaram as entrevistas.

### Referencial teórico-metodológico e tipo de estudo

Entendendo que o acolhimento é um processo de escuta qualificada, que não se resume à classificação de risco, e que demanda

um relacionamento entre enfermeiro e paciente para atingir seus objetivos, optou-se pela metodologia da pesquisa qualitativa, norteadada pelo instrumento *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ), sendo apoiada na fenomenologia social de Alfred Schütz<sup>(3,12-14)</sup>. A prerrogativa para a escolha do referencial teórico-metodológico baseou-se no pressuposto do acolhimento que trata do estabelecimento de uma relação entre o enfermeiro e a pessoa em sofrimento mental, que pode ser explicado pelo conceito da interação social descrito por Schutz. Esse conceito envolve a ação social de pelo menos duas pessoas que se orientam uma em relação a outra e, assim, vivem em complexas redes de relacionamentos sociais em seu mundo cotidiano<sup>(12-13)</sup>.

### Cenário do estudo

O estudo foi desenvolvido em uma UER de um hospital universitário, localizada na cidade de Campinas, São Paulo, Brasil. A UER fornece serviços de saúde de alta complexidade para a área metropolitana da cidade, cobrindo população de, aproximadamente, 5.000.000 de habitantes. Seu principal objetivo é oferecer tratamento especializado para casos de urgência e emergência, no qual pacientes que apresentam as mais graves condições têm prioridade de cuidados médicos<sup>(15)</sup>.

### Fonte de dados

Os participantes do estudo foram 13 enfermeiros que atuam na sala de acolhimento com classificação de risco da UER. Os critérios de inclusão foram ser enfermeiro e estar presente na UER no momento da coleta de dados. Os critérios de exclusão foram ser enfermeiros em período de férias e afastamento no período em que foi realizada a coleta de dados.

### Coleta e organização dos dados

A obtenção das descrições experienciais foi realizada por meio de entrevistas fenomenológicas, o que permitiu que o fenômeno fosse descrito pelo próprio sujeito que o vivencia<sup>(16)</sup>. As questões norteadoras para a entrevista foram: conte-me como você realiza o acolhimento de pessoas em sofrimento mental na UER. Como você gostaria que fosse a realização deste acolhimento?

A primeira pergunta diz respeito às experiências prévias do entrevistado que justificam como ele realiza a ação do acolhimento (motivos por que). A segunda possibilita que o entrevistado projete possibilidades que virão após a experiência de acolher a pessoa em sofrimento mental (motivos para)<sup>(12-13)</sup>.

O acesso aos participantes aconteceu em seu ambiente e horário de trabalho, por uma das pesquisadoras, após a obtenção da autorização da instituição. O objetivo do estudo foi explicado, individualmente, e o convite para participação, realizado. Após o aceite, as entrevistas foram agendadas para o mesmo dia, respeitando o horário de trabalho de cada um.

O período de realização do estudo foi de 2016 a 2018. A coleta de dados foi realizada a partir de entrevistas gravadas, com dispositivo de áudio e, posteriormente, transcritas. A gravação foi encerrada quando as inquietações da pesquisadora foram respondidas e o objetivo do estudo foi atingido<sup>(17)</sup>.

### Análise dos dados

A análise das experiências relatadas pelos entrevistados seguiu os seguintes passos: leitura e releitura de cada depoimento, com objetivo de identificar os aspectos relevantes referentes ao contexto da experiência dos enfermeiros; identificação e posterior agrupamento dos aspectos significativos dos depoimentos em unidades de significado, ou seja, ideias que contêm o sentido da experiência comum a todos os sujeitos, que podem ser constituídas por uma palavra, uma frase ou um comportamento. Por fim, as unidades de significado são sintetizadas para, posteriormente, compor as categorias<sup>(18)</sup>.

Foram identificados os “motivos para” e os “motivos por que” nas experiências dos enfermeiros, e agrupados em categorias que foram discutidas à luz da fenomenologia social, utilizando os conceitos: relação social, mundo cotidiano, relação face a face e atitudes naturais<sup>(13,19)</sup>.

### RESULTADOS

As falas obtidas a partir da relação “nós” construída nas entrevistas realizadas, numa experiência em que tanto o enfermeiro quanto o entrevistador vivenciaram a si próprios na situação, mas também conheceu o vivenciar da situação pela outra pessoa, foram organizadas em dois grupos: no primeiro, aquelas que traduzem suas trajetórias biográficas, que se referem ao estoque de conhecimento como conjunto de habilidades, receitas, modelos para realização da ação do acolhimento à pessoa em sofrimento mental na UER, ou seja, os motivos porque. E no segundo, aquelas que se relacionam ao alcance dos objetivos, expectativas, projetos, o que é idealizado por eles para a construção de um acolhimento ideal, ou seja, os motivos para<sup>(13,19)</sup>.

Os “motivos porque” foram expressos na categoria: *ação do enfermeiro no acolhimento à pessoa em sofrimento mental*. Os “motivos para” foram evidenciados em duas categorias: *espero ser qualificado para acolher a pessoa em sofrimento mental e espero ter mais tempo para acolhê-la*.

### Ação do enfermeiro no acolhimento à pessoa em sofrimento mental em uma Unidade de Emergência Referenciada

Ao serem questionados sobre o acolhimento à pessoa em sofrimento mental, os enfermeiros disseram que, na maior parte das vezes, essas pessoas não são acolhidas por eles. O paciente é quem decide por seu atendimento.

*[...] o paciente psiquiátrico chega e ele mesmo se direciona a recepção pra fazer a ficha e ele mesmo já fala que quer abrir a ficha pra psiquiatria. O pessoal da recepção faz a ficha, discriminando que é psiquiatria, e deixa na caselinha da psiquiatria. O Psiquiatra vem e chama o paciente para o atendimento. (E6)*

Os enfermeiros apenas acolhem pessoas com queixas físicas ou biológicas. Quando acontece o acolhimento à pessoa em sofrimento mental, é realizado pelo médico psiquiatra.

*[...] a gente não faz, a não ser que a queixa seja clínica. Ai se for clínica, a primeira abordagem é nossa. Mas a da doença psiquiátrica*

*mesmo, geralmente é feita por eles [psiquiatras] no primeiro atendimento... a gente vai fazer o atendimento depois. (E12)*

Alguns enfermeiros relataram conseguir identificar sinais e sintomas psiquiátricos durante o acolhimento, como conversa desconexa, agitação, ideação suicida e alucinações. Porém, a ação resultante dessa percepção é de encaminhar essas pessoas para o psiquiatra.

*[...] já chegou paciente com a queixa clínica e durante a classificação de risco a gente entender que ele necessitava de uma avaliação com a psiquiatria: conversa desconexa agitação na sala, choro, ideação, e um paciente que a gente avalia e chega a uma conclusão que precisa passar pela psiquiatria. (E4)*

*[...] quando tem indícios, sinais de suicídio, aí eu nem passo com a clínica [...] a gente começa a questionar o paciente, e ele fala que ouve vozes... então, se ele tem alucinação auditiva, se ele tem alucinação visual, aí eu acabo encaminhando para o psiquiatra. (E9)*

Os enfermeiros mencionaram que o psiquiatra é o membro da equipe mais preparado para acolher a pessoa em sofrimento mental, mesmo tendo esse preparo em sua formação.

*[...] ninguém mais preparado do que eles [psiquiatras] pra fazer o acolhimento [...] lógico que a gente também tem na formação, mas nada como o psiquiatra. (E10)*

Os enfermeiros que atuam no acolhimento na UER disseram que classificam a pessoa em sofrimento mental, muitas vezes, por ter experiências prévias de como será o desfecho do atendimento.

*[...] muita coisa a gente acaba classificando pela experiência por saber que aquela situação vai ter um problema se você não resolver logo. (E5)*

### **Espero ser qualificado para acolher a pessoa em sofrimento mental**

Ao serem questionados sobre suas expectativas para o acolhimento à pessoa em sofrimento mental na UER, os enfermeiros responderam que somente seria possível realizar a ação caso fossem treinados para isso, pois atualmente não se sentem preparados.

*[...] eu penso que as pessoas precisariam de um preparo pra isso, até pra abordar né, e não é todo mundo que tem esse preparo. (E2)*

*[...] eu acho que a gente precisaria ter um treinamento adequado pra abordagem desses pacientes, que, hoje, eu acho que não tem. (E5)*

Considerando a falta de preparo, os enfermeiros esperam que um protocolo possa ajudá-los, observando que acolher a pessoa em sofrimento mental não é simples. Uma orientação, um aconselhamento sobre os sinais e sintomas a serem observados os ampararia, fornecendo respaldo para suas ações. Disseram ter dúvidas sobre o que fazer no primeiro momento e sobre como compreender o que a pessoa quer lhe dizer e então registrar corretamente.

*[...] a gente vai ter que ter o treinamento pra isso, porque não faz parte do nosso protocolo, não abrange psiquiatria, nem ortopedia [...] talvez psiquiatria a gente precisasse de um treinamento específico. (E12)*

*[...] precisa de um protocolo pra gente se respaldar, específico, talvez, pra eles. O acolhimento tudo bem, a gente pode fazer, mas o objetivo do acolhimento e da classificação tem que tá junto. Atender o paciente psiquiátrico é uma coisa complexa, até pra registrar o que ele diz não é comum, não é queixa clínica "ah, dói meu pé", não é assim. (E10)*

*Falta fazer um roteiro. Algo em que a gente possa se basear igual ao que a gente tem. Um protocolo na verdade, essa é a palavra que eu queria usar. (E1)*

### **Espero ter mais tempo para acolher a pessoa em sofrimento mental**

Os enfermeiros acreditam que tempo é essencial para acolher a pessoa em sofrimento mental; apontam a necessidade de uma abordagem mais cautelosa, pois a pessoa demanda mais atenção e, muitas vezes, está agitado e choroso.

*[...] pela especificidade mesmo do atendimento, a gente precisaria de mais tempo pra esse tipo de atendimento. É um paciente que demanda mais atenção, mais tempo pra que você possa ouvir o que ele tem a dizer. (E8)*

*[...] a abordagem é mais cautelosa, o paciente muitas das vezes tá agitado, tá choroso e demanda um tempo maior. (E4)*

Acham que os psiquiatras têm mais tempo para fazer uma consulta mais elaborada, enquanto que o enfermeiro faria uma consulta incompleta com os poucos minutos que lhe cabem, não conseguindo destrinchar e ouvir adequadamente.

*[...] eu acho que o pessoal da psiquiatria tem mais tempo pra fazer uma consulta mais elaborada. A gente que é da classificação de risco, que atende todos os pacientes, eu acho que, às vezes, pode ser que fique uma consulta de enfermagem incompleta. (E6)*

### **DISCUSSÃO**

Quando os enfermeiros relatam que normalmente não acolhem a pessoa em sofrimento mental porque ela mesmo se identifica na recepção como sendo da psiquiatria e encaminhada para o atendimento médico, fica evidenciada uma lógica biomédica, na qual grande parte dos serviços de emergência vem se apoiando para o desenvolvimento do trabalho cotidiano focando a doença – e não a pessoa e suas necessidades – repassando o problema para outro, ao invés de assumir a responsabilidade por sua resolução<sup>(2)</sup>.

O mesmo pode ser constatado em um estudo canadense sobre as experiências de pessoas em sofrimento mental ou dependentes de substâncias psicoativas que procuram uma UE, no qual participantes dizem vivenciar ações estigmatizantes em que, muitas vezes, são vistos como "apenas um caso psiquiátrico"<sup>(7)</sup>.

Cabe ressaltar que a classificação de risco cumpre bem o seu papel em uma UE, à medida que permite que pacientes mais graves sejam atendidos em primeiro lugar. Entretanto, o acolhimento não deve ser reduzido apenas à classificação. Faz-se necessário o aumento da responsabilização dos enfermeiros em relação aos pacientes e à elevação dos graus de vínculo e confiança entre eles. O acolhimento expressa uma ação de aproximação, um "estar com"

e “perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão, de estar em relação a algo ou alguém<sup>(2-3)</sup>. Desse modo, o desenvolvimento da relação com a pessoa em sofrimento mental é interessante, considerando que não cabe à classificação mensurar a subjetividade da pessoa acolhida já que, como mencionado anteriormente, não prevê em seu fluxograma a dimensão da pessoa em sofrimento mental<sup>(3-5)</sup>.

É no momento da relação face a face que se apreende diretamente o outro, num ato de interação social, o que possibilita que o enfermeiro compreenda o paciente como uma pessoa, orientando o cuidar para o “nós”<sup>(2,19)</sup>. Tal conceito pode ser aplicado entendendo o acolhimento como uma ação que, para ser desenvolvida, implica uma relação face a face entre enfermeiro e paciente.

A relação face a face mostra sua importância no momento em que também ocorrem situações nas quais uma pessoa em sofrimento mental não consegue compreender seus sintomas para que esses sejam declarados à recepcionista. Assim, o enfermeiro do acolhimento recebe essa pessoa e precisa desenvolver a relação face a face para identificar sua real demanda<sup>(8,19)</sup>. Porém, nem todos os entrevistados se sentem habilitados para identificar questões psiquiátricas no primeiro momento. Supostamente, as pessoas que eles acolhem apresentam apenas demandas físicas ou biológicas.

Assim como em outros estudos, fica evidente a valorização da coleta de informações clínicas, em uma perspectiva biológica, pela interrogação das queixas, busca pelos sintomas e classificação da gravidade<sup>(9,20-21)</sup>. A Enfermagem ainda pode apresentar um entendimento fragmentado do seu processo de trabalho, desviando-se de seu foco, que é a implementação do vínculo com o paciente e o atendimento de suas necessidades de saúde<sup>(3,10,22)</sup>.

A relação enfermeiro-paciente tem acontecido de forma mecânica e superficial, principalmente em salas de acolhimento, resumindo sua ação a seguir protocolos de classificação de risco, transformando o tão subjetivo “acolhimento” na objetiva “triagem”. Tal constatação corrobora os achados de estudos anteriores, nos quais a ação é compreendida pelos profissionais como triagem, transformando-a em um processo burocrático e excludente fundamentada no formato em que o paciente apresenta uma queixa. A partir disso, estabelece-se uma conduta<sup>(7,21,23)</sup>. Assim, não parece possível relacionar o acolhimento existente aos princípios de integralidade e universalidade do SUS.

Apesar disso, alguns dos enfermeiros referem conseguir identificar sinais e sintomas psiquiátricos ao realizar o acolhimento, como conversa desconexa, agitação, ideação suicida, isolamento social e alucinações, o que de fato é um bom sinal. Porém, a conduta que tomam é a de encaminhar essas pessoas ao médico psiquiatra, que julgam serem os profissionais mais adequados para atendê-los. O mesmo é evidenciado em estudos sobre o acolhimento da pessoa em sofrimento mental na AB, em que são encaminhadas para os Centros de Atenção Psicossocial<sup>(8-10)</sup>.

Assim, pode-se perceber que o problema não se fundamenta na falta de conhecimento do enfermeiro para identificar sinais e sintomas psiquiátricos, pois sua formação é predominantemente biomédica, mas, sim, em sua dificuldade de compreensão do conceito de acolhimento, bem como de sua aplicação nas ações de cuidado desenvolvidas em seu mundo cotidiano<sup>(8-11,24)</sup>. O acolhimento, na PNH, não se resume a ações isoladas e pontuais,

como, por exemplo, a classificação de risco que é realizada em uma pequena sala localizada na recepção da UER. O acolhimento não se traduz como um espaço ou um local, mas como uma postura ética que não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo. O acolhimento implica compartilhamento de saberes, necessidades, possibilidades, angústias e invenções. Desse modo é como 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<sup>(2,9)</sup>.

Segundo a PNH, o cuidado humanizado é a premissa do acolhimento, e é compreendido como ações da equipe de saúde que consideram as necessidades dos cuidados físicos e psicossociais do paciente até a atenção resolutiva de seus problemas<sup>(2,8-9)</sup>.

Entendendo a pessoa em sofrimento mental como um ser humano que tem uma biografia e que vive um particular momento de sua vida, é importante que o enfermeiro compreenda a ação dessas pessoas no mundo cotidiano<sup>(19)</sup>. Essa compreensão pode ocorrer a partir da identificação dos motivos existenciais, ou seja, questões que se referem a experiências vividas (motivos por que) e também que se referem aos objetivos que a pessoa deseja atingir (motivos para)<sup>(19)</sup>. Esses motivos constituem a ação do sujeito no mundo cotidiano que é permeado por uma estrutura que viabiliza a construção social dos sujeitos e influencia as suas relações<sup>(19)</sup>. Quando todo esse processo é instaurado, a partir da relação face a face entre enfermeiro e paciente, há a possibilidade de melhorar a compreensão desse Ser pelo enfermeiro<sup>(13,19)</sup>.

Tal melhora da compreensão pode favorecer o empoderamento do enfermeiro no que se refere à sua relação com o paciente. Porém, alguns dos entrevistados não se consideram os profissionais mais preparados para acolher a pessoa em sofrimento mental e tomar decisões, passando a responsabilidade para os médicos da unidade e acatando a suas ordens, para a continuidade do atendimento<sup>(20)</sup>.

Apesar dos empecilhos impostos, percebe-se que os enfermeiros entrevistados dispõem de outras ferramentas para conseguir desempenhar seu papel no acolhimento à pessoa em sofrimento mental. Alguns dos participantes apontam que apesar de não possuírem o conhecimento necessário, fazem uso de suas experiências prévias com pessoas em sofrimento mental, de suas percepções da situação e do bom senso para a tomada de decisões.

Essas experiências são definidas como atitudes naturais, isto é, um indivíduo se orienta nas situações da vida justamente pelas “experiências que armazenou” e pelo “estoque de conhecimento que tem em mãos”. Portanto, o enfermeiro não pode interpretar suas observações, definir a situação em que se encontra, fazer planos, tomar atitudes, sem antes considerar seu estoque de conhecimento<sup>(13,19)</sup>.

O conceito referente às atitudes naturais reforça os resultados obtidos em estudos internacionais que apontam que os enfermeiros que trabalham em triagem, um termo utilizado no cenário internacional, se baseiam em suas experiências prévias para tomar decisões, uma vez que não receberam treinamento formal para atender à pessoa em sofrimento mental<sup>(5,25-26)</sup>.

Em alguns países, como Austrália, Canadá e Estados Unidos, existem protocolos que visam auxiliar na triagem em saúde mental, porém as limitações aparecem quando os enfermeiros

se deparam com uma pessoa que não fala ou que fala, mas desorganizada. Então, não é possível coletar as informações necessárias para adequá-la a uma das categorias. Nesses casos, tomam decisões influenciadas por experiências prévias e observações de seu mundo cotidiano<sup>(5,19)</sup>.

Quando questionados sobre o que esperam da ação do acolhimento à pessoa em sofrimento mental, a necessidade de mais tempo para acolhê-las teve ênfase. De acordo com os entrevistados, a pessoa em sofrimento mental demanda mais tempo, pois é preciso “conversar” com tranquilidade, muitas vezes é preciso acalmá-la e tentar conquistar sua confiança, a fim de controlar a situação.

Pacientes como esses, entretanto, que exigem acolhimento mais demorado, podem romper com o fluxo normal das UEs, pois os profissionais que trabalham nesse setor são focados no atendimento rápido de queixas agudas. O cuidado e o manejo dessas pessoas que estão em sofrimento mental requerem diferentes habilidades que focam a individualidade, e isso pode impactar a equipe, cuja especialidade é cuidar de emergências físicas, podendo, conseqüentemente, levar a sentimentos de inadequação, como a fala de um enfermeiro entrevistado em um estudo australiano que diz ser frustrante não ter tempo para atendê-los, pois é uma correria se a UE está movimentada<sup>(27)</sup>.

A natureza agitada das UEs pode dificultar, para alguns enfermeiros, que se estabeleça relação face a face com os pacientes. Assim, considerando que o relacionamento enfermeiro-paciente é a base para o cuidado à pessoa em sofrimento mental, compreende-se que a pouca interação com os pacientes, ditada pela restrição de tempo, não é favorável para atender as necessidades emocionais requeridas pela pessoa em sofrimento mental<sup>(3,19,27)</sup>.

Os enfermeiros deste estudo também justificam a necessidade de treinamento para a criação de vínculo com o paciente e para a abordagem correta para que ele aceite a conduta proposta. Tais achados confirmam os resultados de outro estudo, em que os enfermeiros acreditam que a educação em saúde mental oferecida pela faculdade forneceu-lhes apenas capacidade e confiança limitadas para aplicar os conhecimentos no contexto de UE<sup>(28)</sup>.

A literatura tem demonstrado que enfermeiros que atuam em acolhimento ou triagem em UEs têm admitido a falta de conhecimento e de confiança no cuidado à pessoa em sofrimento mental<sup>(5,8,25-26)</sup>. Conseqüentemente, estudos também apontam que o investimento na educação desses enfermeiros obteve sucesso na prática da Enfermagem, melhorando a comunicação entre a equipe de emergência e a equipe de saúde mental. Também aumentou a confiança dos enfermeiros, ao acolher pessoas em sofrimento mental e reduzindo o tempo de intervenção. Tal ação pode ser identificada como uma possibilidade de trabalho a ser desenvolvida com a equipe estudada, para que se possa qualificar o acolhimento à pessoa em sofrimento mental na UER<sup>(29-30)</sup>.

Assim como neste estudo, em que os enfermeiros reconhecem a necessidade de saber como identificar sinais e sintomas psiquiátricos, um estudo australiano sugere que, com a Educação Permanente, talvez os enfermeiros apresentassem melhor percepção sobre os sinais e sintomas de psicose ou suicídio mais sutis e pudessem ser capazes de avaliarem de maneira mais qualificada esses pacientes. Tal sugestão parte do resultado da aplicação de ações educativas com enfermeiros, considerando que,

antes disso, 50% das pessoas em sofrimento mental classificadas como não urgentes necessitaram de internação posterior. Após a intervenção, o número caiu para 20%. Os enfermeiros, então, se sentiam mais confiantes após receberem as orientações em Saúde Mental<sup>(29-31)</sup>.

Em sua maioria, australianos e canadenses vêm trabalhando em escalas de saúde mental que sejam úteis e relevantes para a identificação de sinais e sintomas psiquiátricos, no momento do acolhimento realizado pelo enfermeiro. Isso corrobora achados deste estudo, quando enfermeiros dizem que protocolos os auxiliariam no acolhimento à pessoa em sofrimento mental<sup>(11,30-31)</sup>.

Apesar de ser uma ferramenta padronizadora, a inserção de um protocolo, no qual é possível identificar sinais e sintomas psiquiátricos, poderia acrescentar melhorias ao acolhimento, contanto que o enfermeiro seja capacitado para compreender a subjetividade da pessoa em sofrimento mental<sup>(11)</sup>.

Tal compreensão possibilita o reconhecimento pelo enfermeiro que, antes de saber identificar os sinais e sintomas apresentados por uma pessoa em sofrimento mental, é importante conhecer técnicas de manejo relacional para abordá-la, não se reduzindo apenas ao preenchimento de *checklist*.

### Limitações do estudo

Como limitação deste estudo, pode-se apontar o fato de a coleta de dados ter sido realizada em apenas uma UE, portanto os resultados não podem ser generalizados. Todavia, como a generalização não é a aspiração central da pesquisa qualitativa, os resultados do estudo não foram comprometidos, considerando que a unidade em questão pertence a um hospital público universitário de referência, situado em uma região metropolitana.

### Contribuições para a área da Enfermagem, Saúde ou Política Pública

O acolhimento representa o primeiro contato dos pacientes com a equipe multiprofissional, já que tal ação não pressupõe um profissional específico para fazê-lo. Todavia, o enfermeiro que atua no acolhimento por meio da classificação de risco configura-se como o responsável por esse primeiro contato, justamente devido ao seu posicionamento na recepção da instituição e a sua atribuição de identificar os níveis de prioridade de atendimento daqueles que procuram o serviço<sup>(2,8)</sup>.

Em se tratando de uma UE, deve-se considerar que a classificação de risco em um curto tempo é uma exigência. Do mesmo modo, o tempo mais dilatado para acolher a pessoa em sofrimento mental em crise também é uma exigência. Este estudo traz, então, como uma possibilidade para solucionar esses problemas, equacionar a relação face a face, o cuidado de enfermagem e o protocolo de Manchester, a implementação do processo de enfermagem, por meio da consulta de enfermagem<sup>(32-33)</sup>.

Uma possibilidade de avanço em relação à temática estudada, para viabilizar essa proposta do processo de enfermagem no acolhimento, é que a consulta de enfermagem pode ser amparada por um protocolo em forma de *checklist*, de maneira que auxilie o enfermeiro a tomar decisões com agilidade, porém sem comprometer a essência do acolhimento, como momento

de estabelecimento de uma relação face a face com a pessoa em sofrimento mental<sup>(18,31,33)</sup>. Uma contribuição deste estudo é reconhecer que o enfermeiro, antes de saber identificar os sinais e sintomas apresentados por uma pessoa em sofrimento mental, necessita conhecer técnicas de manejo relacional para abordá-la, não reduzindo-se apenas ao preenchimento de *checklist*.

O empoderamento do acolhimento à pessoa em sofrimento mental pelo enfermeiro pode servir como importante ferramenta para o trabalho da equipe da UE, pois é na perspectiva dialógica que se ampliam as possibilidades de efetiva atuação no cuidado à pessoa em sofrimento mental<sup>(18,31-33)</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A abordagem teórico-metodológica da fenomenologia social de Alfred Schütz contribuiu para a compreensão de como o enfermeiro realiza o acolhimento à pessoa em sofrimento mental em uma UER.

Tal compreensão favoreceu o delineamento do tipo vivido do enfermeiro que, muitas vezes, não acolhe a pessoa em sofrimento mental por questões institucionais, e que, quando o faz, sua ação mostra-se pautada no modelo biomédico, perpetuando a imagem de profissional subordinado, não reconhecendo o acolhimento como uma ação de enfermagem. Assim, estagna-se na conduta de encaminhar esses pacientes para avaliação médica.

Foi possível compreender que o enfermeiro espera ter mais tempo para acolher a pessoa em sofrimento mental, fato que é enfatizado na literatura estrangeira. O enfermeiro ainda acredita que esse acolhimento só poderia acontecer caso fossem treinados para a ação, o que é amplamente estudado em países, como Austrália e Canadá, reportando grandes melhorias na assistência a esses pacientes e também elevando os níveis de confiança dos profissionais. Considerando o cenário apresentado como um diagnóstico do tipo vivido do enfermeiro que acolhe a pessoa em sofrimento mental, este estudo abre possibilidades para intervenções e novas pesquisas.

## REFERÊNCIAS

1. Guedes HM, Almeida AGP, Ferreira FO, Vieira Jr G, Chianca TCM. Classificação de risco: retrato de população atendida num serviço de urgência brasileiro. *Rev Enf Ref*. 2014; serIV(1):37-44. doi: 10.12707/RIII13108
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de atenção à saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2009 [cited 2017 Apr 22]. Available from: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_classificacao\\_risco\\_servico\\_urgencia.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf)
3. Guedes MVC, Henriques ACPT, Lima MMN. Acolhimento em um serviço de emergência: percepção dos usuários. *Rev Bras Enferm*. 2013;66(1):31-7. 10.1590/S0034-71672013000100005
4. Oliveira JLC, Gatti AP, Barreto MS, Bellucci Jr JA, Góes HLF, Matsuda LM. User embracement with risk classification: perceptions of the service users of an emergency care unit. *Texto Contexto Enferm*. 2017;26(1):e0960014. doi: 10.1590/0104-07072017000960014
5. Brown AM, Clarke DE. Reducing uncertainty in triaging mental health presentations: examining triage decision-making. *Int Emerg Nurs*. 2014;22(1):47-51. doi: 10.1016/j.ienj.2013.01.005
6. Nobrega MPSS, Domingos AM, Silveira ASA, Santos JC. Weaving the West Psychosocial Care Network of the municipality of São Paulo. *Rev Bras Enferm*. 2017;70(5):965-72. doi: 10.1590/0034-7167-2016-0566
7. Wise-Harris D, Pauly D, Kahan D, Bibiana JT, Hwang SW, Stergiopoulos V. "Hospital Was the Only Option": experiences of frequent emergency department users in mental health. *Adm Policy Ment Health*. 2016;44(3):405-12. doi: 10.1007/s10488-016-0728-3
8. Sucigan DHI, Toledo VP, Garcia APRF. Acolhimento e saúde mental: desafio profissional na estratégia saúde da família. *Rev Rene* [Internet]. 2012 [cited 2017 Apr 20];13(1):2-10. Available from: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3756>
9. Fontão MC, Rodrigues J, Lino MM, Lino MM, Kempfer SS. Cuidado de enfermagem às pessoas atendidas na emergência por tentativa de suicídio. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(Suppl 5):2199-205. doi: 10.1590/0034-7167-2017-0219
10. Rigotti DG, Garcia APRF, Silva NG, Mitsunaga TM, Toledo VP. Acolhimento de usuários de drogas em Unidade Básica de Saúde. *Rev Rene*. 2016;17(3):346-55. doi: 10.15253/2175-6783.2016000300007
11. Oliveira RM, Siqueira Jr AC, Furegato ARF. Perceptions on psychiatric nursing care at a general hospital inpatient unit. *Acta Sci, Health Sci*. 2016;38(1):39-47. doi: 10.4025/actascihealthsci.v38i1.28673
12. Jesus MCP, Capalbo C, Merighi MAB, Oliveira DM, Tocantins FR, Rodrigues BMRD, et al. The social phenomenology of Alfred Schütz and its contribution for the nursing. *Rev Esc Enferm USP*. 2013;47(3):736-41. doi: 10.1590/S0080-623420130000300030
13. Wagner HTR. Sobre fenomenologia e relações sociais: Alfred Schütz. Petrópolis: Vozes; 2012.
14. Padilha VM, Schettini CSS, Santos Jr A, Azevedo RCS. Profile of patients attended as psychiatric emergencies. *Sao Paulo Med J*. 2013;131(6):398404. doi: 10.1590/1516-3180.2013.1316598
15. Carvalho AS. Metodologia da entrevista: uma abordagem fenomenológica. 2ª ed. Rio de Janeiro: Agir; 1991.
16. Nascimento LCN, Souza TV, Oliveira ICS, Moraes JRMM, Aguiar RCB, Silva LF. Theoretical saturation in qualitative research: an experience report in interview with schoolchildren. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(1):228-33. doi: 10.1590/0034-7167-2016-0616
17. Martins J, Bicudo MAV. A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos. 5ª ed. São Paulo: Centauro; 2005.

18. Schütz A. Fenomenologia del mundo social. Buenos Aires: Paidós; 1973.
19. Salvador PTCO, Alves KYA, Martins CCF, Santos VEP, Tourinho FSV. Motivos para o empoderamento da enfermagem: reflexões à luz de Alfred Schütz. *Rev Min Enferm* [Internet]. 2013 [cited 2017 Apr 28];17(4):1014-9. Available from: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/902>
20. Costa PCP, Garcia APRF, Toledo VP. Welcoming and nursing care: a phenomenological study. *Texto Contexto Enferm*. 2016;25(1):e4550015. doi: 10.1590/0104-07072016004550014
21. Costa MAR, Versa GLGS, Bellucci JJA, Inoue KC, Sales CA, Matsuda LM. Admittance of risk-classified cases: assessment of hospital emergency services. *Esc Anna Nery*. 2015;19(3):491-7. doi: 10.5935/1414-8145.20150065
22. Gonçalves AVF, Bierhals CCK, Paskulin LMG. Embracement with risk classification in the emergency department from the perspective of older adults. *Rev Gaúcha Enferm*. 2015;36(3):14-20. doi: 10.1590/1983-1447.2015.03.52422
23. Padovani O, Corrêa AK. Currículo e formação do enfermeiro: desafios das universidades na atualidade. *Sau Transf Soc* [Internet]. 2017 [cited 2017 Apr 15];8(2):112-9. Available from: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeettransformacao/article/view/3841/4990>
24. Clarke DE, Boyce-Gaudreau K, Sanderson A, Baker JA. ED triage decision making with mental health presentations: a "think aloud" study. *J Emerg Nurs*. 2015;41(6):496-502. doi: 10.1016/j.jen.2015.04.016
25. Downey, LVA, Zun LS, Burke T. Comparison of Canadian triage acuity scale to Australian Emergency Mental Health Scale triage system for psychiatric patients. *Int Emerg Nurs*. 2015;23(2):138-43. doi: 10.1016/j.ienj.2014.06.006
26. Alakeson V, Pande N, Ludwig M. A plan to reduce emergency room 'boarding' of psychiatric patients. *Health Aff (Millwood)*. 2010;29(9):1637-42. doi: 10.1377/hlthaff.2009.0336
27. Kerrison AS, Chapman R. What general emergency nurses want to know about mental health patients presenting to their emergency departments. *Accid Emerg Nurs*. 2007;15(1):48-55. doi: 10.1016/j.aen.2006.09.003
28. Pessoa Jr JM, Santos RCA, Clementino FS, Nascimento EGC, Miranda FAN. Mental health education and professional practice in the psychiatric hospital. *Texto Contexto Enferm*. 2016;25(3):e3020015. doi: 10.1590/0104-07072016003020015
29. Mannocci A, Meggiolaro A, Feller E, La Torre G, Guzzo AS. Knowledge of Emergency Department Triage nurses in management of patients with mental health needs: comparisons with the Triage Model of Lazio (TLM). *Clin Ter*. 2015;166(3):121-30. doi: 10.7417/CT.2015.1842
30. Broadbent M, Moxham L, Dwyer T. Implications of the emergency department triage environment on triage practice for clients with a mental illness at triage in an Australian context. *Australas Emerg Nurs J*. 2014;17(1):23-9. doi: 10.1016/j.aenj.2013.11.002
31. Camatta MW, Schneider JF. A Psychosocial Care Center Team's work from a family perspective. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(2):393-400. doi: 10.1590/S0080-62342009000200019
32. Schütz A. El problema de la realidad social. Buenos Aires: Amorrortu; 2003.
33. Lopes PF, Garcia APRF, Toledo VP. Processo de Enfermagem no cotidiano do enfermeiro nos Centros de Atenção Psicossocial. *Rev Rene*. 2014;15(5):780-8. doi: 10.15253/2175-6783.2014000500007