

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO PROFISSIONAL GESTÃO DO CUIDADO DE
ENFERMAGEM**

SCHEILA MARIA VALENTIM NIENKÖTTER

**ACOLHIMENTO AOS ACOMPANHANTES DE PESSOAS
ADULTAS EM SITUAÇÃO CRÍTICA DE SAÚDE EM SERVIÇO
DE EMERGÊNCIA**

**FLORIANÓPOLIS-SC
2011**

SCHEILA MARIA VALENTIM NIENKÖTTER

**ACOLHIMENTO AOS ACOMPANHANTES DE PESSOAS
ADULTAS EM SITUAÇÃO CRÍTICA DE SAÚDE EM SERVIÇO
DE EMERGÊNCIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem a Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para a obtenção do título de Mestre Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem, do Curso de Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem – Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Dra. Eliane Matos

Linha de Pesquisa: Arte, Criatividade e Tecnologia em Saúde e Enfermagem.

**FLORIANÓPOLIS
2011**

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária
da
Universidade Federal de Santa Catarina

N673a Nienkotter, Scheila Maria Valentim

Acolhimento aos acompanhantes de pessoas adultas em situação crítica de saúde em serviço de emergência [dissertação] / Scheila Maria Valentim Nienkotter ; orientadora, Eliane Matos. - Florianópolis, SC, 2011. 137 p.: il.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Hospitais - Serviço de emergência.
3. Doentes hospitalizados - Relações com a família.
4. Enfermagem de emergência - Pacientes. I. Matos, Eliane. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDU 616-083

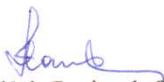
SCHEILA MARIA VALENTIM NIENKOTTER

**ACOLHIMENTO AOS ACOMPANHANTES DE
PESSOAS ADULTAS EM SITUAÇÃO CRÍTICA DE
SAÚDE EM SERVIÇO DE EMERGÊNCIA**

Esta Dissertação foi submetida ao processo e avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de:

**MESTRE PROFISSIONAL EM GESTÃO DO CUIDADO EM
ENFERMAGEM**

E aprovada em 08 de dezembro de 2011, atendendo as normas de legislação vigente na Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: **Filosofia, Saúde e Sociedade.**



Prof^ª. Dr^ª. Flávia Regina de Souza Ramos
Coordenadora do Programa

Banca examinadora:



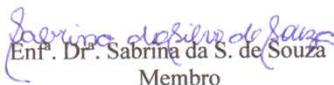
Prof^ª. Dr^ª. Eliane Matos
Presidente



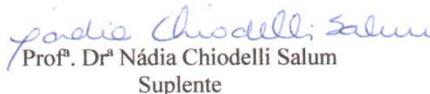
Prof^ª. Dr^ª. Selma Regina Andrade
Membro



Prof^ª. Dr^ª. Francine Lima Gelbcke
Membro



Enf^ª. Dr^ª. Sabrina da S. de Souza
Membro



Prof^ª. Dr^ª. Nádia Chiodelli Salum
Suplente

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer a muitas pessoas, porém, em primeiro lugar, e mais importante, agradeço ao meu Deus, Fiel e Companheiro em todos os momentos de minha vida, que sempre soube o que era melhor para mim, e por isso deixei tudo em suas mãos. Senhor muito obrigado, por estar sempre ao meu lado.

Agradeço à professora Dr^a Eliane Matos, que me orientou nesse estudo, pela amizade, carinho e toda a dedicação para que este estudo fosse concluído. Obrigada pela oportunidade de conhecê-la melhor e pelos momentos de muito aprendizado. Você é um exemplo.

À Universidade Federal de Santa Catarina, que me forneceu formação, de graduação e mestrado, e onde também presto hoje meus serviços como enfermeira e com satisfação e orgulho.

Muito obrigada ao Programa de Pós-Graduação - PEN, ao Hospital Universitário, aos colegas do curso de mestrado profissional e ao grupo PRÁXIS, que me acolheu de braços abertos nesse último ano e também a toda equipe de trabalhadores da Emergência Adulto, em especial aos que tiveram a disponibilidade em participar do estudo, tornando todos os momentos muito especiais.

Às professoras Francine Lima Gelbcke, Selma Regina Andrade, Eliane Nascimento, Nádia Chiodelli Salum, à enfermeira Sabrina Silva de Souza, aos doutorandos Maria Patrícia Locks de Mesquita e Jose Luis Guedes dos Santos, meus agradecimentos por se disporem a participar da banca de qualificação e defesa.

Aos pacientes e seus familiares atendidos nos serviços de emergência adulto do HU. Um agradecimento especial aos familiares, por terem contribuído com este estudo em um momento tão especial.

Aos amigos, que na vida nos fortalecem nos momentos difíceis, muito obrigada pelos momentos passados juntos e tão necessários para dar continuidade nessa caminhada, a alegria de vocês foi fundamental.

Aos meus pais Nilo e Nilda, por ensinarem o caminho correto da vida, pois se hoje sou quem sou, agradeço a eles, pois me deram carinho e um amor incondicional, sempre me incentivando na profissão, mostrando-se orgulhosos e confiantes. Pai e mãe, muito obrigada por tudo, amo vocês para sempre.

Agradeço também aos meus irmãos Leonardo e Deise e também aos seus pares, muito obrigada pela força, desculpe a ausência por alguns períodos; amo vocês.

À Vó Lita, e Vó Xiquinha (*in memórian*), agradeço todo o apoio de luz e amor que vocês me dão todos os dias com suas orações e ensinamentos, obrigada por fazerem parte de minha vida.

Ao meu amor Aramis, esposo incansável, paciente e amoroso, que sempre esteve ao meu lado incentivando minhas escolhas pessoais e profissionais, muito obrigada, pela paciência nesse tempo de mestrado; te amo muito.

NIENKOTTER, Scheila Maria Valentim. **Acolhimento aos acompanhantes de pessoas adultas em situação crítica de saúde em serviço de emergência.** 2011.137p. Dissertação (Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011

Orientadora: Dra. Eliane Matos

Linhas de Pesquisa: Arte, Criatividade e Tecnologia em Saúde e Enfermagem.

RESUMO

O presente estudo teve por objetivo construir, a partir de um processo crítico-reflexivo, realizado com profissionais de saúde atuantes em uma emergência hospitalar, indicativos para a elaboração de um protocolo de acolhimento ao acompanhante do paciente adulto, em situação crítica de saúde. Investigação de natureza qualitativa, realizada a partir dos pressupostos da pesquisa Convergente Assistencial (TRENTINI, PAIM, 2004) em um serviço de emergência em hospital escola de um estado da região sul do Brasil, que atende exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Envolveu a participação de sete familiares/acompanhantes de pacientes e 53 profissionais de saúde, médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, psicólogo e assistente social, que participaram expondo suas percepções e expectativas sobre aspectos que envolvem a atenção ao familiar do paciente em situação crítica de saúde. Os familiares responderam a uma entrevista semiestruturada, abordando aspectos do atendimento recebido, satisfação e insatisfação com o serviço e expectativas em relação ao acolhimento. Os profissionais de saúde também participaram do estudo respondendo a u,ma entrevista semiestruturada, contendo questões acerca do acolhimento, e de grupos de reflexão para discutir os principais achados das entrevistas e os indicativos de uma proposta de acolhimento na realidade. Os resultados apontam que para os dois grupos (familiares e profissionais) o acolhimento é fundamental para a qualidade da assistência e humanização do atendimento. Familiares/acompanhantes apontam como aspecto positivo da atenção recebida o pronto atendimento dos casos graves. Consideram o atendimento positivo quando é permitido permanecer junto ao paciente, quando recebem informações adequadas e

frequentes sobre o estado do paciente e quando os profissionais têm uma postura acolhedora. Percebem como negativa a experiência de serem retirados do local de atendimento sem informações sobre o paciente. Profissionais de saúde compreendem a filosofia do acolhimento em serviços de saúde, conceituando-o como momento de atendimento inicial, o primeiro contato incluindo aspectos relacionais como o envolvimento pessoal, acolher, receber, ouvir, conversar, manter uma comunicação adequada com a família, informar o estado de saúde da pessoa em atendimento, dar respostas, trocar informações, formação de vínculo, melhoria do acesso e classificação de risco com priorização de casos. Entendem que essa postura acolhedora, na maioria das vezes, não ocorre no serviço. Apontam como limites para o acolhimento: dificuldades na estrutura física do serviço, despreparo dos profissionais pra lidar com a família de paciente com risco de morte, excesso de demanda e outros. Como indicativos para uma proposta de acolhimento, apresentam as seguintes questões: necessidade de capacitação dos profissionais, presença de psicólogo 24hs no serviço para conduzir o acolhimento dos familiares de pacientes críticos, melhorias no ambiente com definição de local próprio para permanência de familiares de pacientes nesta condição, dentre outros.

Palavras-chave: Enfermagem. Serviços Hospitalares de Emergência. Família. Acompanhantes de Pacientes. Acolhimento.

NIENKOTTER, Scheila Maria Valentim. **La acogida a los acompañantes de pacientes adultos en estado de salud crítico en el servicio de urgencias.** 2011.137 p. Disertación (Maestría Profesional en Gestión de Cuidados de Enfermería) - Programa de Postgrado en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

Orientadora: Dra. Eliane Matos

Líneas de Investigación: Arte, creatividad y tecnología en salud y enfermería

ABSTRACT

Study aimed at constructing indicators for the elaboration of a reception protocol to the companions of adult patients in critical health situation from a critical-reflexive process conducted with health professionals who act in a hospital emergency. Qualitative investigation based on the assumptions of the Assistential Converging research (TRENTINI, PAIM, 2004) in the emergency services of a teaching hospital that works exclusively with Public Health System patients in southern Brazil. The study involved the participation of seven patients relatives/companions and 53 health professionals - doctors, nurses, technicians and nurses aides, psychologist and social assistants, who participated exposing their perceptions and expectations of the aspects that involve attention to the patient in critical health situation's relative. The relatives answered a semi-structured interview addressing the aspects of the reception received, satisfaction or dissatisfaction with the service and expectations regarding reception. The health professionals participated in the study responding to a semi-structured interview with questions about the reception, and took part in focal groups to discuss the main findings of the interviews and the indicators of an actual reception proposal. The results indicate that reception is fundamental to both groups - relatives and reception professionals - for the quality of assistance and the humanization of services. Relatives/companions indicate the emergency care received in severe cases as a positive aspect. The service is considered positive when they are allowed to remain with the patient, receive adequate and frequent information on the patient's health state, and the professionals show a receptive posture. The experience of being removed from the site of care and not receiving information on the patient is perceived as negative. Health professionals understand the philosophy of reception and welcoming in health

services, considering it as a concept in initial care, the first contact including relational aspects such as personal involvement, welcoming, receiving, listening, talking, maintaining adequate communication with the family, informing the state of the patient's health, giving answers, exchanging information, forming links, improving access, and the classification of risks with case prioritization. They understand that in most cases this welcoming posture does not occur in the reception services, and indicate the following limitations to reception: physical structure limitations, professionals who lack preparation to deal with the relatives of the patient in risk of death, excessive demand and other factors. The following are presented as indicators within a reception proposal: the need to train professionals, the 24-hour presence of a psychologist to conduct reception of critical patient family members, and an improved environment, with the definition of a specific place for the relatives of patient in this condition, among others.

Key words: Nursing. Hospital Emergency Services. Patient Companions. Reception.

NIENKOTTER, Scheila Maria Valentim. **Home to the accompanying adult health in a critical condition in the emergency services.** 2011. 137F. Dissertation (Professional Master in Nursing Care Management) - Graduate Program in Nursing, Federal University of Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, Santa Catarina State, Brazil, 2011.

Advisor: Dr. Eliane Matos
Research Areas: Art, creativity and technology in Health and Nursing

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo crear un protocolo de acogida al cuidador del paciente adulto críticamente enfermo, elaborado a partir de un proceso crítico reflexivo, llevado a cabo con profesionales del área de la salud que trabajan en el servicio de urgencias de un hospital. Se trata de una investigación de carácter cualitativo, realizada según los supuestos de la investigación Convergente Asistencial (TRENTINI, PAIM, 2004), en un servicio de urgencias de un hospital universitario, en el sur de Brasil, y que sólo atiende por el Sistema Único de Salud (SUS). El estudio contó con la participación de siete familiares/cuidadores de los pacientes, y cincuenta y tres profesionales del área de la salud: médicos, enfermeros, técnicos y auxiliares de enfermería, psicólogos y trabajadores sociales, que expusieron sus percepciones y expectativas sobre temas relativos a la atención prestada al cuidador del paciente críticamente enfermo. Los familiares respondieron una entrevista semi-estructurada sobre aspectos relacionados con la atención recibida, la satisfacción e insatisfacción con el servicio y las expectativas sobre la acogida. Los profesionales del área de la salud respondieron una entrevista semi-estructurada con preguntas sobre la acogida, y participaron de grupos de enfoques para discutir los resultados de las entrevistas y los indicadores de una propuesta de acogida en la realidad. Los resultados muestran que para ambos grupos - familiares y profesionales- la acogida es fundamental para la calidad del cuidado y la humanización de la atención. Los familiares/cuidadores señalan como un aspecto positivo de la atención recibida, el tratamiento de urgencia de los casos más graves. Consideran positiva la atención cuando: les es permitido permanecer con el paciente, reciben una información adecuada y constante sobre el estado del paciente, los profesionales tienen una actitud de

acogida. Perciben como negativa la experiencia de ser retirados del lugar de la atención y no recibir información sobre el paciente. Los profesionales del área de la salud comprenden la filosofía de la atención en los servicios de salud, conceptualizándola como un momento de atención inicial, un primer contacto en el que se incluyen aspectos relacionales, tales como: la implicación personal, acoger, recibir, escuchar, hablar, mantener una comunicación clara con la familia, informar sobre el estado de salud del paciente, dar respuestas, intercambiar informaciones, crear vínculos, mejorar el acceso, la clasificación del riesgo y prioridad para los casos más graves. Comprenden que esa actitud de acogida, en la mayoría de los casos, no se lleva a cabo en el servicio, y señalan como limitaciones para la acogida: las dificultades en la estructura física del servicio, la falta de preparación de los profesionales para hacer frente a la familia del paciente con riesgo de muerte, el exceso de demandas, entre otros. Como indicadores para una propuesta de acogida son presentados: la necesidad de formación profesional, la presencia de un psicólogo las 24 horas para llevar a cabo el servicio de acogida de los familiares de los pacientes en estado grave, las mejoras en el ambiente de trabajo con la definición de un lugar propio de residencia para las familias de los pacientes en esta condición, entre otros.

Palabras-clave: Enfermería. Servicios Hospitalarios de Urgencias. Familia; Acompañantes de pacientes. Acogida.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AACCN	American Association of Critical Care Nurses
AACR	Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco
APVP	Anos Potenciais de Vida Perdidos
BAEM	British Association of Accident and Emergency Medicine
ENA	Emergency Nurses Association
PCA	Pesquisa Convergente Assistencial
PEN	Programa de Pós-Graduação de Enfermagem
PNAU	Programa Nacional de Atendimento de Urgência
RCN	Royal College Nursing
RCP	Resuscitation Cardio Respiratory
RUE	Rede de Atenção às Urgências e Emergências
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SEA	Serviço de Emergência Adulto
SEI	Serviço de Emergência Interna
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Protocolo de Acolhimento e Avaliação com Classificação de Risco, conforme as cores e prioridades de atendimento.....	51
---	-----------

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS	15
LISTA DE QUADROS	17
INTRODUÇÃO	21
1.1 OBJETIVOS	26
1.1.1 Objetivo Geral	26
1.1.2 Objetivos Específicos.....	27
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	29
3 MARCO CONCEITUAL	37
4 MÉTODO.....	49
4.1 LOCAL DA PESQUISA.....	50
4.2 SUJEITOS DA PESQUISA	52
4.3 INSTRUMENTOS DE PESQUISA E A COLETA DE DADOS... 53	
4.3.1 Entrevistas	53
4.3.2 Grupos de reflexão	55
4.4 ANÁLISE DE DADOS.....	56
4.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	57
5 RESULTADOS.....	59
5.1 MANUSCRITO 1: ACOLHIMENTO EM SERVIÇO DE EMERGÊNCIA: OPINIÕES E EXPECTATIVAS DE FAMILIARES/ACOMPANHANTES DE PACIENTES CRÍTICOS .. 59	
5.2 MANUSCRITO 2: POSSIBILIDADES E LIMITES PARA UMA PROPOSTA DE ACOLHIMENTO DE FAMILIARES/ACOMPANHANTES DE PACIENTES CRÍTICOS EM SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA.....	79
CONSIDERAÇÕES FINAIS	107
REFERÊNCIAS	111
APÊNDICES.....	123

INTRODUÇÃO

A preocupação com a humanização da assistência e o acolhimento aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) tem se destacado no cenário brasileiro, especialmente a partir do processo da reforma sanitária no País, na perspectiva de melhorar a assistência à população e responder às principais insatisfações dos usuários do sistema, quanto ao acesso e aos aspectos da atenção prestada pelos profissionais e instituições de saúde nos momentos em que estes, por algum motivo, buscam atendimento para suas necessidades (BRASIL, 2004a).

A assistência à saúde no Brasil é marcada pela falta de atenção às queixas dos usuários, baixa resolutividade das ações, impessoalidade nas relações entre profissionais/pessoas que buscam o serviço, falta de responsabilização dos profissionais e das instituições com os problemas de saúde dos usuários, duplicidade das ações de saúde, resultando em utilização inadequada dos já escassos recursos do sistema (BRASIL, 2004b, BRASIL, 2004c).

No rol de dificuldades que permeiam a atenção à saúde no Brasil, destacam-se a precária estruturação dos serviços de saúde para organizar a entrada do usuário no sistema, racionalizar os serviços, obtendo uma melhor utilização dos recursos em cada nível de atenção, disciplinando uma organização mais lógica dos serviços de saúde (MERHY 1997a; BRASIL, 2004a; CECÍLIO; MERHY, 2005).

Essa realidade resulta que ao longo dos anos a população tem estabelecido com os serviços de saúde uma relação bastante problemática, e os serviços de Emergência tornaram-se uma das principais portas de entrada do sistema de saúde, inviabilizando que esses serviços atuem de forma competente sua função primordial: o atendimento de situações mais complexas que impliquem em risco de morte para as pessoas. Grande parte dos atendimentos nos Serviços de Emergência poderia ser realizada adequadamente em outros locais da rede, melhorando a atenção às situações graves de saúde nas emergências (NAZÁRIO, 1999).

Segundo Calil e Patanhos (2007), os serviços de emergência funcionam geralmente em hospitais de médio ou grande porte, recebem pacientes em situações graves ou potencialmente graves, os quais necessitam de recursos tecnológicos e humanos especializados e preparados para o seu atendimento e recuperação. O panorama atual desses serviços em nosso país, entretanto, denuncia uma situação caótica

tornando-se um grave problema de saúde pública a ser enfrentado. Atualmente, os serviços de emergência não se caracterizam como unidades hospitalares que prestam apenas o atendimento inicial, mas, sim, unidades superlotadas de pacientes que permanecem por dias e até semanas em macas aguardando por uma vaga em outras unidades por exames e cirurgias. Muitos dos atendimentos realizados nas emergências hospitalares poderiam se dar em outras esferas do serviço de saúde.

No entanto, segundo Cecílio e Merhy (2003, p. 4), “[...] por mais que se amplie e se aprimore a rede básica de serviços, as urgências/emergências hospitalares seguem sendo importantes portas de entrada da população no seu desejo de acessar o SUS”.

Essa realidade levou, nos últimos anos, profissionais e gestores do SUS a aprofundarem a discussão sobre a humanização da assistência nos espaços de atenção à saúde. Nas diversas iniciativas governamentais para responder a essa realidade, destaca-se um conjunto de ações e propostas articuladas: a implantação do Programa/Estratégia de Saúde da Família a partir de 1994; o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar em 2001, que em 2004 foi ampliado para a Política Nacional de Humanização da Assistência, e outros (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2004a). Nos Serviços de Emergência, os debates sobre a humanização da assistência contribuíram para a construção e implementação da proposta de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACR), existente nos dias atuais em muitos serviços, cujo objetivo é atender adequadamente às demandas colocadas para esse nível de atenção (BRASIL, 2009).

Outra iniciativa governamental de extrema importância para a organização dos Serviços de Emergência refere-se à criação dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), sob a Portaria n.º 2048/GM, de novembro de 2002, do Ministério da Saúde, atualmente um importante componente da assistência à saúde. Tal iniciativa vem em resposta à crescente demanda por serviços nessa área, nos últimos anos, devido ao crescimento do número de acidentes e da violência urbana e à insuficiente estruturação da rede, fatores que têm contribuído decisivamente para a sobrecarga de serviços de Urgência e Emergência disponibilizados para atendimento da população (BRASIL, 2002; BRASIL, 2006).

A portaria 2048/GM/2002 estabelece também a REGULAÇÃO MÉDICA DAS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS definindo que esta, baseada na implantação de Centrais de Regulação, é o elemento ordenador e orientador dos Sistemas Estaduais de Urgência e

Emergência. As Centrais, estruturadas nos níveis estadual, regional e/ou municipal, organizam a relação entre os vários serviços, qualificando o fluxo dos pacientes no sistema e gerando uma porta de comunicação aberta ao público em geral, através da qual os pedidos de socorro são recebidos, avaliados e hierarquizados (BRASIL, 2002).

No que diz respeito às UNIDADES DE REFERÊNCIA, essa portaria regulamentou que as Unidades de Referência em Atendimento às Urgências e Emergências são aquelas instaladas em hospitais (gerais ou especializados) aptos a prestarem esse tipo de assistência, correspondente à M3¹ e à alta complexidade, de acordo com sua capacidade instalada, especificidade e perfil assistencial. Essas unidades, integrantes do Sistema Estadual de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências, devem contar com instalações físicas e recursos humanos e tecnológicos adequados, tornando-se referência de assistência hospitalar no atendimento de urgência e emergência do Sistema Estadual de Urgência e Emergência (BRASIL, 2002).

Apesar da existência dessas iniciativas, muitos são os fatores que ainda contribuem para dificultar um atendimento qualificado e humanizado nos Serviços de Emergência. Existe, geralmente, uma sobrecarga de serviço aos profissionais, pelo grande número de pacientes atendidos, pela falta de leitos hospitalares que permitiriam a rápida transferência dos pacientes, abrindo espaço para novos atendimentos, e pela característica dos casos que chegam ao serviço necessitando de inúmeras intervenções.

O aumento dos casos de acidentes e a violência também contribuem para dificultar a organização desses serviços, tendo forte impacto sobre o SUS e para o conjunto da sociedade. Na assistência, esse impacto pode ser medido diretamente pelo aumento dos gastos realizados com internação hospitalar, assistência em UTI e a alta taxa de permanência hospitalar desse perfil de pacientes. Na questão social, pode ser verificado pelo aumento de 30% no índice de Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP) em relação a acidentes e violências nos últimos anos, enquanto que por causas naturais esse dado encontra-se em queda (BRASIL, 2002).

Dados brasileiros obtidos pelo Data SUS, mostram também que 35% das mortes no Brasil são por causas cardiovasculares, resultando

¹ M3 - Classificação das Unidades de Referência em Atendimento às Urgências e Emergências instaladas em hospitais, gerais ou especializados, aptas a prestarem assistência de urgência e emergência e à alta complexidade (BRASIL, 2002 p. 31).

em 300 mil óbitos/ ano. Já nos EUA, estima-se que 250 mil mortes súbitas por ano decorram de causas coronarianas. Nenhuma situação clínica supera a prioridade de atendimento da Parada Cardiorrespiratória (PCR), em que a rapidez e a eficácia das intervenções adotadas, são cruciais para melhor resultado do atendimento geralmente prestado nas emergências (MARTINS, 2008, p. 1).

A necessidade de atenção às intercorrências graves de saúde, que colocam em risco a vida e integridade das pessoas, ao mesmo tempo em que justifica a necessidade de uma equipe capacitada e treinada tecnicamente para o atendimento de urgência/emergência, exige profissionais preparados para um atendimento humanizado, pois, na maioria das vezes, tais situações surgem de modo imprevisível na vida das pessoas, envolvendo não apenas o doente, mas também sua família e rede de relações que necessitam de cuidados e atenção das equipes de saúde.

Como parte integrante do Sistema de saúde, o Hospital Universitário, local onde foi desenvolvida a presente pesquisa, não está alheio a essas necessidades. Para atender à população que procura a Unidade de Emergência, a estrutura física do serviço foi totalmente reformada e adequada, em 2007, de acordo com as novas diretrizes do Ministério da Saúde para as emergências hospitalares no Brasil, com implantação do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACR).

O Acolhimento com Classificação de Risco foi organizado de modo que, ao dar entrada no Serviço de Emergência, o paciente fosse recebido por um enfermeiro, que, utilizando um protocolo do Ministério da Saúde (MS), adaptado pela Instituição, define, a partir das queixas, sinais e sintomas, a prioridade de atendimento. Excluem-se do acolhimento realizado pelo enfermeiro os pacientes críticos, trazidos pelo esquema de regulação e outros casos encaminhados já com a prioridade definida, pois esses entram diretamente na área de atendimento ao paciente grave.

Embora essa iniciativa tenha aparentemente gerado bons resultados para a assistência, uma vez que não há avaliação formal sobre os efeitos do AACR na realidade, no mês de setembro de 2010, o atendimento foi suspenso por falta de médicos e somente retomado em agosto de 2011. No período em que esteve suspenso, as pessoas eram atendidas por ordem de chegada, excetuando-se os casos graves, trazidos pelo sistema de regulação, e aquelas situações em que o servidor administrativo (que abre a ficha de atendimento) percebia alguma situação mais grave.

Mesmo com todas as iniciativas voltadas para melhorar/humanizar a atenção nos serviços de saúde, são imensas as dificuldades a serem superadas pelos serviços de Emergência em nossa realidade. Como profissional que atua nesse serviço, convivo diariamente com o descontentamento e insatisfação dos usuários com a assistência recebida nessa unidade assistencial. Por outro lado, os profissionais de saúde convivem com alto nível de pressão e estresse para dar conta de uma atenção adequada aos usuários.

Em minha prática diária observei que, nos atendimentos a pacientes críticos, geralmente junto ao paciente está um familiar/acompanhante, carente de atenção, sofrendo as incertezas e ansiedades próprias da condição de ter alguém que lhe é caro em situação de risco. Esse acompanhante, quando incluído na situação e acolhido em suas necessidades, pode ter o sofrimento minimizado e também pode contribuir com informações e referências para auxílio da equipe de saúde.

Em relação à humanização, o atendimento à família/acompanhante do paciente em situação crítica de saúde e com risco de morte ainda é pouco trabalhado pelos profissionais. Geralmente, os pacientes são levados ao Serviço por situações como acidentes, doenças coronarianas, doenças gástricas como as hemorragias digestivas e doenças hepáticas, doenças pulmonares entre outras complicações principalmente clínicas, uma vez que a instituição não tem referência para especialidades como neurocirurgia, ortopedia, cirurgia cardíaca e outras. A característica dos casos atendidos leva à permanência prolongada (horas ou mesmo dias) desses pacientes no ambiente da Emergência, especificamente na sala de reanimação, devido à falta de leitos hospitalares e especialmente leitos em Unidade de Tratamento Intensivo (UTI).

A chegada desse tipo de paciente ao Serviço de Emergência mobiliza os profissionais de saúde, enquanto o acompanhante/família, que vive um momento de extrema ansiedade, é esquecido. Frequentemente, o familiar/acompanhante permanece fora do ambiente de atenção do paciente, recebe pouca ou quase nenhuma informação sobre o que está acontecendo, caracterizando o oposto do que determina a Política Nacional de Humanização. Resumindo, o acompanhante/familiar não é acolhido adequadamente pela equipe de saúde. Muitos são os profissionais envolvidos no cuidado ao paciente crítico, porém, inexistente até o momento uma discussão sobre as ações planejadas para a atenção aos acompanhantes e familiares. Na verdade, há um despreparo dos profissionais para a realização de ações junto aos

acompanhantes/familiares, o que compromete a humanização da assistência e qualidade do cuidado.

Prioriza-se apropriadamente, nessas situações, a atenção ao problema clínico do paciente sob cuidados, uma vez que da atenção recebida depende muitas vezes a manutenção de sua própria vida. No entanto, o paciente não é o único a sofrer com a doença e com a hospitalização, pois as demais pessoas envolvidas diretamente com o paciente compartilham a angústia, o medo e o sofrimento desse momento. Sendo assim, é importante que o profissional de saúde dispense também atenção aos acompanhantes, tentando facilitar o enfrentamento dessa nova experiência.

A motivação para esta investigação surgiu da necessidade de trabalhar propostas que possibilitem a qualificação dos profissionais e da assistência em relação ao acolhimento do acompanhante/familiar de pacientes em estado crítico de saúde nos serviços de Emergência. Entende-se que o compromisso da equipe de saúde atuante em um Serviço de Emergência Hospitalar deve também incluir os acompanhantes no cuidado prestado, introduzindo na dinâmica do serviço tecnologias relacionais como o acolhimento para melhorar a qualidade da assistência.

Frente à exposição feita até o momento, surge a questão norteadora deste estudo: o que pensam e fazem os profissionais de saúde em relação ao acolhimento aos acompanhantes, nas situações de atendimento ao paciente crítico, em um serviço de emergência?

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Construir, a partir de um processo crítico-reflexivo com profissionais de saúde que atuam em uma Emergência hospitalar e opinião de acompanhantes, indicativos para a elaboração de um protocolo de acolhimento ao acompanhante do paciente adulto, em situação crítica de saúde.

1.1.2 Objetivos Específicos

a) Conhecer o que pensam os acompanhantes de pacientes em situações críticas de saúde, atendidos em uma unidade de emergência hospitalar, acerca do atendimento recebido;

b) Refletir, com os profissionais de saúde, envolvidos no atendimento ao paciente adulto em situação crítica de saúde, em um serviço de emergência, as possibilidades e limitações de acolhimento aos acompanhantes desses pacientes com vistas à humanização da assistência.

c) Levantar, a partir da reflexão com os profissionais e acompanhantes indicativos a construção de um protocolo de atendimento aos familiares de pacientes em situação crítica de saúde.

2 REVISÃO DE LITERATURA

A revisão de literatura deste estudo foi fundamentada em levantamento assistemático efetuado nas bases de dados BIREME, SCIELO, PUBMED, LILACS, utilizando palavras-chave próximas do tema acolhimento de acompanhantes de pessoas em situação crítica de saúde, atendidas em emergência hospitalar, sendo algumas delas: **acolhimento; enfermagem; equipe de assistência ao paciente, enfermagem em emergência, família/acompanhante, atendimento em emergência, serviço de emergência.** Nos periódicos internacionais, foram utilizadas as seguintes palavras chave: **family member; presence; resuscitation; family presence during resuscitation; family witnessed resuscitation; patient views.** Utilizou-se também a base de dados da Biblioteca da Universidade Federal de Santa Catarina para consulta de dissertações e teses.

O tema **acolhimento** tem sido alvo de intenso debate no que diz respeito aos serviços de saúde, incluindo os serviços de emergência. No entanto, quando se trata da inclusão/acolhimento do acompanhante/familiar do paciente em situação crítica de saúde nos serviços de emergência, percebe-se uma insuficiência de estudos na literatura. A produção científica sobre o acolhimento em emergência está centrada na perspectiva de humanização da assistência, pelas propostas de implantação do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco nesses serviços, segundo a perspectiva das políticas públicas brasileiras de humanização da assistência. Nesse sentido, aborda o acolhimento no contexto geral desses serviços, não fazendo referências específicas sobre o acompanhante do paciente em situação crítica.

Segundo a Política Nacional de Humanização (PNH), o atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) deveria estar pautado em parâmetros como: melhoria das condições de acesso e prestação dos serviços; qualidade das instalações, equipamentos e condições ambientais; clareza nas informações oferecidas aos usuários, com identificação dos profissionais que prestam atendimento, informação aos familiares sobre o atendimento, educação em saúde inerentes à prevenção de doenças e promoção da saúde, informações sobre serviços existentes na comunidade e qualidade da relação entre usuários e profissionais, dentre outros (BRASIL, 2004a).

Aspectos da PNH que suscitam a importância da inclusão do

acompanhante na atenção à saúde têm apoio nos parâmetros que destacam a necessidade de pensar a qualidade da relação entre usuários e profissionais, de modo a propiciar um atendimento eficiente e gentil, que demonstre interesse dos profissionais pela situação vivida pelo doente/família, compreensão das necessidades dos usuários, informação quanto ao diagnóstico, tratamento e prognóstico e privacidade no atendimento (BRASIL, 2004a).

Nas publicações do Ministério da Saúde no Brasil, o destaque ao acompanhante do paciente é dado pelo projeto de visita aberta e pela carta dos direitos dos usuários do SUS (BRASIL, 2006b; BRASIL, 2007). A proposta de visita aberta faz parte da Política Nacional de Humanização, cujo objetivo é “ampliar o acesso dos visitantes às unidades de internação, de forma a garantir o elo entre o paciente, sua rede social e os diversos serviços da rede de saúde, mantendo latente o projeto de vida do paciente.” A proposta de visita aberta parte “do pressuposto de que as pessoas fazem parte de sistemas complexos e interconectados que abarcam os fatores individuais, familiares e extra familiares, os amigos, a escola, o trabalho e a comunidade”. Segundo essa concepção, a família ou rede social é “essencial não só para acompanhar a pessoa internada, mas também para ser orientada no seu papel de cuidador leigo”. Cuidar ganha um sentido amplo, além de tratamentos e medicamentos, configurando-se na criação de ambientes relacionais que permitam “à pessoa doente ou hospitalizada a descoberta ou a releitura do sentido e do valor de sua existência para aqueles que a rodeiam e para si mesma favorecendo a eficácia dos tratamentos” (BRASIL, 2007, p.3, 4).

Por sua vez, a Carta dos Direitos dos Usuários do SUS chama a atenção para

[...] o direito do paciente ao acompanhamento por pessoa de sua livre escolha nas consultas, exames e internações, no momento do pré-parto, parto e pós-parto e em todas as situações previstas em lei (criança, adolescente, pessoas vivendo com deficiências ou idoso). Nas demais situações, ter direito a acompanhante e/ou visita diária, não inferior a duas horas durante as internações, ressalvadas as situações técnicas não indicadas (Brasil, 2006b, p. 5).

Prevê ainda a ampliação dos horários de visita nos casos em que a permanência do acompanhante não é indicada (BRASIL, 2006b, p. 5).

As referências ao acompanhante do paciente, presentes nos diversos documentos emanados do MS no Brasil, são claras quanto à importância da rede de relações do paciente nos momentos de hospitalização, não obstante as dificuldades existentes para sua concretização na realidade. Nesse sentido, pensar o acolhimento dos acompanhantes de pacientes em situação crítica de saúde, contribui para a concretização das políticas públicas de humanização.

Segundo o Ministério da Saúde, o acolhimento como postura e prática nas ações de atenção e gestão nas unidades de emergência, a partir da análise dos processos de trabalho, favorece a construção de relação de confiança e compromisso entre as equipes e os serviços, possibilitando também os avanços nas alianças entre usuários e trabalhadores (BRASIL, 2009).

O conceito de **acolhimento**, na concepção das políticas públicas de saúde, não se restringe ao problema da recepção da demanda. O acolhimento na porta de entrada só ganha sentido se o entendermos como parte do processo de produção de saúde, como algo que qualifica a relação e que, portanto, é passível de ser apreendido e trabalhado em todo e qualquer encontro entre aquele que busca o serviço e os profissionais de saúde. O acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa uma ação de aproximação, um “estar com” e “perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão e estar em relação com algo ou alguém. É exatamente no sentido da ação de “estar com” ou “próximo de” que o acolhimento afirma-se como uma das “diretrizes de maior relevância política, ética e estética da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS” (BRASIL, 2009, p. 11).

Estudos que abordam a questão do acolhimento na realidade dos serviços de emergência pouco tratam da questão do acompanhante. De acordo com Pai e Lautert (2005), Dal Sousa Filho, Xavier e Vieira (2008), Araujo (2009) a comunicação é essencial para o adequado acolhimento aos usuários e seus acompanhantes. No entanto, não foram encontrados estudos abordando a questão da interação profissional/acompanhante no Serviço de Emergência hospitalar. Observa-se, pelos estudos existentes, uma preocupação dos profissionais com o pronto atendimento do paciente, porém, normalmente, deixam-se de lado as pessoas de suas relações, desconsiderando um momento de extremo estresse.

Em pesquisa realizada com médicos de um hospital público em Belo Horizonte, constatou-se a dificuldade no diálogo entre médico, familiar e paciente. Para suprir os déficits dessa condição de baixa interação entre profissional de saúde e usuários, foi instituída a atividade

“Posso Ajudar”, realizada por profissional não técnico como, por exemplo, um estudante, estagiário do serviço da psicologia, ou da enfermagem, que de modo mais informal presta informações e realiza ações envolvendo familiares, pacientes e médicos, com o objetivo de melhorar a comunicação entre esses dois sujeitos (ARAUJO, 2009).

Ainda na tentativa de instituir um atendimento com base nas políticas de humanização, diversas ações têm sido empreendidas pelas instituições de saúde, através de um ou outro grupo profissional. Em Santa Maria/RS, a equipe de enfermagem tem realizado algumas ações objetivando um trabalho mais humanizado. A proposta tem visão de melhorar a comunicação entre enfermagem e paciente/família pelo estabelecimento de relação de ajuda e confiança entre os envolvidos nesse processo. Segundo as autoras, este trabalho tem se mostrado positivo e os resultados destacam que paciente e família ao perceberem a disponibilidade e o interesse dos profissionais conseguem melhor expressar seus sofrimentos, necessidades, dificuldades facilitando o estabelecimento de relações mais humanizadas (DAL PAI; LAUTERT, 2005).

Ainda Dal Pai e Lautert (2005), Siqueira et al. (2006), ao abordarem a assistência de enfermagem em setores de pacientes críticos em instituições hospitalares, destacam como aspecto positivo dessa assistência a comunicação, a interação interpessoal, a percepção da comunicação verbal e não verbal e o relacionamento terapêutico. A comunicação se mostrou o grande fator positivo na relação entre a equipe de enfermagem, família e pacientes em coma. Nos aspectos negativos, destacaram-se as condutas mediadas por insensibilidade afetiva, o cuidado tecnicista, a ansiedade dos profissionais na rotina diária com pacientes graves, a alta rotatividade desses profissionais, o elevado número de absentismo, a insatisfação no trabalho, a exigida agilidade na assistência e a grande demanda.

Relacionados às unidades de Emergência, predominam os estudos com abordagem no problema da intensa demanda a esses serviços, geralmente como resultado da dificuldade de acesso aos serviços de saúde. Assim, mesmo questionando a qualidade dos serviços de emergência e o longo tempo de espera pelo atendimento, relata-se que os pacientes preferem acessar os serviços de saúde pelas Emergências hospitalares (MARQUES, LIMA, 2007; SOUSA FILHO, XAVIER, VIEIRA, 2008). Marques e Lima (2007) constatam em seu estudo que, em situações de urgência/emergência, o acesso se dá de forma mais ágil e que o usuário percebe essa diferença, porém, em situações que poderiam ser resolvidas em outras esferas do serviço de saúde, a

população tem dificuldade de mudar suas práticas no uso dos serviços de saúde por questões diversas.

Tratando das questões mais subjetivas que envolvem a vivência de ter alguém de suas relações em estado crítico no serviço de emergência, pesquisa realizada em uma instituição de Fortaleza aborda os sentimentos de familiares. Foram evidenciadas tristeza e depressão, que pode ser exacerbada quando ocorre a perda de uma pessoa significativa; além disso, os pacientes sofrem com o distanciamento de amigos e do trabalho. Quanto ao papel de profissionais médicos, eles se restringiram apenas à parte técnica, atuando basicamente no cuidado dos ferimentos e centrando a atenção em procedimentos técnicos (SOUSA FILHO, XAVIER, VIEIRA, 2008).

Nos últimos 10 anos, a literatura internacional tem se destacado nas publicações que tratam da presença da família no recinto, quando da realização da reanimação Cardiorrespiratória e procedimentos invasivos. Desde 1987, estudos dessa natureza e a prática da presença do familiar vêm ocorrendo na Inglaterra com intenso debate entre as organizações profissionais de médicos e enfermeiras (RCN, 1995).

O debate internacional sobre a presença do familiar em sala de reanimação envolve enfermeiros e médicos de diversas nacionalidades e traz alguns aspectos que contribuem para pensar a situação em nossa realidade (DOYLE, 1987; RCN, 1995; RCN, 2002).

As organizações profissionais como o *Royal College of Nursing* (RCN) e a *British Association of Accident and Emergency Medicine* (BAEM), desde 1995, recomendam a presença de pessoas da relação do paciente, quando da realização de procedimentos invasivos e RCP, desde que as condições o permitam. Em muitos países, desde 1990, têm sido elaborados estudos e instituídos protocolos e rotinas que organizam a prática de acompanhamento de familiares nessas situações. Em 2002, o *Royal College of Nursing* elaborou em *Guideline* especial, orientações para a equipe de enfermagem, recomendando essa prática nos serviços e os cuidados que devem ser observados ao se iniciar o atendimento na presença de familiares (RCN, 2002). Essa tendência observada na literatura internacional é defendida pelas entidades profissionais e pelos autores, com base no entendimento que a presença do familiar assegura a transparência das ações realizadas, principalmente na Reanimação Cardio-Pulmonar (RCP), tranquilizando profissionais e familiares.

Estudos internacionais nesse campo do conhecimento têm abordado também a aceitação dos profissionais, familiares e pacientes quanto à prática da presença da família nos atendimentos de emergência com resultados bastante positivos (EICHHORN, 2001; MACLEAN, et

al., 2003; ELLISON, 2003; NYKIEL et al., 2010).

MacLean (et al., 2003), nos Estados Unidos, desenvolveram uma pesquisa com 984 enfermeiros, membros da *American Association of Critical Care Nurses* (AACCN) e da *Emergency Nurses Association* (ENA), constatando que os profissionais são favoráveis a essa prática e julgam necessária a elaboração de diretrizes que os orientem. Segundo a pesquisa, somente 5% dos entrevistados trabalhavam em unidades com políticas escritas a respeito da presença da família. Cerca de 50% dos profissionais atuavam em serviços de emergência e autorizavam a presença do familiar, mesmo não existindo diretrizes institucionais regulamentando tal prática. Dos entrevistados, 36% apoiavam a permanência dos membros da família durante a reanimação; 41% já haviam permitido a presença de membros da família durante a realização de procedimentos invasivos; 31% manifestaram que no ano anterior à pesquisa pelo menos três famílias haviam solicitado o direito à permanência ao lado do paciente durante a RCP.

Estudo de Ellison (2003), realizado com 208 enfermeiros que atuavam em ambiente hospitalar constatou que apenas 4% dos entrevistados já haviam participado de alguma capacitação acerca do tema, e que os enfermeiros com maior grau de formação tinham posição mais aberta à presença da família durante procedimentos de emergência. Os enfermeiros que atuavam em serviço de emergência mostravam-se mais abertos à permanência da família durante o atendimento, se comparados aos atuantes em outras unidades do hospital

Estudo de Nykiel (et al., 2010) realizado nos Estados Unidos, após a adoção de protocolo institucional que orienta a presença do familiar nos atendimentos de emergência, conclui que a presença da família nessas unidades está se tornando um padrão de atendimento. No Barnes-Jewish Hospital, onde as autoras realizaram o estudo, concluiu-se que, embora na opinião inicial dos profissionais que atuam no setor de emergência tenham aparecido diferentes posições sobre a presença da família no momento da recuperação cardiorrespiratória, a experiência após a adoção de um protocolo tem se mostrado um sucesso. Médicos assistentes e residentes sentem-se mais confortáveis com a adoção do protocolo, e enfermeiros e pessoal de apoio são fortes defensores dessa prática. Para as autoras desse estudo, o entendimento da relevância da presença da família nos atendimentos de emergência pode ser ampliado através da prática de reuniões periódicas com o pessoal do serviço.

Estudos que tratam o tema na perspectiva dos pacientes, apontam que para a maioria dos entrevistados a presença dos familiares é considerada positiva. A família serve de consolo nesses momentos,

contribui com seus cuidados, fazendo-os se sentirem “alguém” no serviço de saúde e não apenas mais um paciente. A presença do familiar oferece muitas vantagens e poucas desvantagens tanto para eles como para os familiares (EICHHORN, 2001).

Também Benjamin, Holder e Carr (2004), em pesquisa realizada com 200 pessoas em sala de espera no serviço de emergência, mostrou que 72% dos entrevistados era favorável à presença de membros da família durante a reanimação. 56% dos entrevistados entendia que para o acompanhamento é necessário ter algum laço familiar com o acompanhante. A maioria dos entrevistados preferia ser acompanhando primeiramente pelo cônjuge, seguido daqueles que desejavam pais ou filhos junto a si naquele momento. Ainda aparece, em menor percentual, a preferência por irmãos ou outras pessoas de suas relações, pois muitos entrevistados manifestaram o desejo de ter mais de um membro da família presente. Os entrevistados que responderam negativamente à presença da família, justificaram que essa presença causaria sentimentos de embaraço e mostraram a preocupação com os efeitos causados aos familiares, como por exemplo, lembranças dolorosas e muito duradouras. Para os pesquisadores, o resultado da pesquisa traz uma polêmica importante sobre a questão ética, uma vez que no momento do atendimento, geralmente, o paciente não tem condições de optar pela presença ou não do familiar.

Alguns estudos abordam também resistências de profissionais acerca do acompanhamento ao paciente nessas situações, relacionando essa prática com o aumento do número de processos judiciais, geralmente pela incapacidade do familiar de entender a realização de alguns procedimentos. Nesses estudos, os profissionais entrevistados questionam também o benefício da presença do acompanhante para o paciente, uma vez que no momento da RCP ele está desacordado (RCN, 2002).

Apesar das avaliações negativas, a maior parte dos estudos internacionais sobre a presença da família no atendimento de emergência, especialmente nos casos de RCP, apontam majoritariamente para uma avaliação positiva sobre essa prática (RCN, 2002; RCN, 1995; EICHHORN, 2001; MACLEAN et al., 2003; ELLISON, 2003; BENJAMIN; HOLDER; CARR, 2004; NYKIEL et al., 2010). Esses estudos trazem uma contribuição para pensar a condição do familiar/acompanhante do paciente nos serviços de saúde em nossa realidade. Trabalhar a presença do acompanhante/familiar do paciente nos serviços de saúde demanda o reconhecimento da autonomia dos sujeitos e o entendimento do paciente como ser de relações. A

presença do acompanhante no ambiente hospitalar é uma discussão recente em nossa realidade e tem se aprofundado, a partir da última década com as políticas de humanização da assistência. Muitos profissionais e instituições de saúde têm se mostrado mais sensíveis ao tema, porém visita e acompanhante ainda são “vistos como elementos de obstrução ao trabalho do hospital, um “peso” a mais, uma demanda que precisa ser contida”, e a estrutura das unidades de emergência não apresentam condições adequadas ao acolhimento, pois a maioria dos serviços de saúde não dispõe de ambiente que propicie a presença do acompanhante 24hs, ou, quando têm, as condições são precárias (BRASIL, 2007, p. 6). O avanço dessa perspectiva, no entanto, depende de estudos que levem os profissionais à reflexão e busquem conhecer a expectativa de pacientes e familiares em nossa realidade.

Considerando os estudos evidenciados na revisão de literatura, percebe-se uma lacuna do conhecimento no que diz respeito à inserção do acompanhante/familiar de pacientes em situação crítica de saúde nos serviços de emergência na realidade brasileira, justificando deste modo o empreendimento de estudos dessa natureza.

3 MARCO CONCEITUAL

Ao longo de sua história, os hospitais têm passado por inúmeras mudanças de modo a acompanhar as necessidades e valores de cada época. De instituição de caridade, na Idade Média, prestando cuidado a pobres e moribundos (indivíduos marginalizados pela sociedade da época, os hospitais passaram por diversas transformações e hoje se constituem importantes centros de atenção às pessoas com problemas de saúde (PAIXAO, 1979).

Nesse processo histórico, muito se tem preocupado com ações que visam ao saneamento dessas instituições, assim como o desenvolvimento de tecnologias que contribuam para melhorar a atenção prestada nos hospitais.

Segundo Pinho, Kantorski e Erdman (2005), esse é o caso da humanização da assistência e do acolhimento a pessoas que utilizam os hospitais. Para as autoras, embora o tema tenha despontado mais significativamente na última década, na enfermagem, Florence Nightingale, no século XIX, já se mostrava preocupada com a humanização ao abordar o atendimento às necessidades psicossociais das pessoas hospitalizadas.

No contexto dos hospitais e da atenção à saúde, os Serviços de Emergência passaram a ocupar espaço de especial destaque. Isso porque, como instituição hospitalar, presta o primeiro atendimento ao doente grave, determinando muitas vezes sua possibilidade ou não de recuperação, além da importância que esse serviço ganhou, através dos tempos, no contexto de atenção à saúde.

No Brasil, o Ministério da Saúde define **Emergência** como aquela unidade destinada à assistência de doentes, com ou sem risco de vida, cujos agravos à saúde necessitam de atendimento imediato. **Pronto-atendimento** é entendido como a unidade destinada a prestar, dentro do horário de funcionamento do estabelecimento de saúde, assistência a doentes com ou sem risco de vida, cujos agravos à saúde necessitam de atendimento imediato. Já **Pronto-socorro** é o estabelecimento de saúde destinado a prestar assistência a doentes, com ou sem risco de vida, cujos agravos à saúde necessitam de atendimento imediato; funciona durante 24 horas e dispõe apenas de leitos de observação. Ainda nesse contexto, define **Atendimento de emergência** como o conjunto de ações empregadas para recuperação de pacientes, cujos agravos à saúde necessitam de assistência imediata, por apresentarem risco de morte e **Atendimento de urgência**, como o

conjunto de ações empregadas para recuperação de pacientes, cujos agravos à saúde necessitam de assistência imediata (BRASIL, 1985, p.11-30).

Não obstante os investimentos na saúde, os Serviços de Emergência compõem, juntamente com outros serviços, o cenário um tanto caótico dos serviços de saúde em todo o País. Os serviços de emergência são responsáveis pelo atendimento de casos em que há risco de morte imediato ou mediato, atendendo assim tanto no serviço público como privado. Por razões diversas, envolvendo tanto questões culturais como estruturais dos serviços de saúde, as emergências são serviços extremamente procurados pela população, que percebem esses serviços como dotados de um melhor grau de resolutividade no atendimento às suas questões de saúde-doença (CECÍLIO, 1997). Essa realidade gera uma sobrecarga de trabalho aos profissionais atuantes nos serviços de emergência e também serviços de qualidade questionável. As relações estabelecidas entre usuários e profissionais de saúde são marcadas pela ausência de vínculo, bem como destituídos de uma postura acolhedora conforme preconiza a política de saúde no Brasil (BRASIL, 2009).

Os Serviços de Emergência demandam um investimento constante em adequação de área física, equipamentos, materiais permanentes e de consumo, além da necessidade de constante incorporação de profissionais capacitados para esse serviço, bem como em quantidade suficiente para atender às necessidades da população. As demandas colocadas aos profissionais de saúde dos Serviços de Emergência são muitas e diversificadas; vão desde o atendimento seguro ao paciente em situação de urgência/emergência, àqueles que procuram o serviço por situações que poderiam ser resolvidas em outras instâncias dos serviços de saúde e o atendimento em regime de internação aos pacientes, quando não há vagas nas demais unidades da instituição hospitalar, incluindo os casos de atenção intensiva e semi-intensiva. Isso porque a Emergência, na estrutura dos serviços de saúde é o espaço em que sempre há de ter lugar para “mais um” que chega necessitando de cuidados de saúde.

Mais recentemente, a reestruturação dos serviços de saúde pela Reforma Sanitária desencadeada no Brasil, a partir da década de 1980, tem potencializado as discussões e a adoção de tecnologias inovadoras em toda a rede de atenção, incluindo os Serviços de Emergência.

Mudanças ocorreram após a instituição da Lei nº 8.080 - de 19 de setembro de 1990 (**Lei Orgânica da Saúde**), que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços correspondentes, em todo o

território nacional. Essa Lei afirma em suas disposições gerais que “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (BRASIL, 1990). Esse entendimento, em termos de setor saúde, tem levado a uma reorganização político-administrativa, com base nas diretrizes gerais de universalização da atenção, equidade no atendimento, integralidade nas ações, descentralização da execução e tomada de decisão, e a participação da população (BRASIL, 1990).

Nesse sentido é que se têm pensado, nos últimos anos, diversas propostas incluindo tecnologias especiais de atenção, que buscam garantir um melhor atendimento aos usuários dos serviços de saúde. No que diz respeito ao atendimento de emergência, essas inovações incluem, entre outras, a atuação dos Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) gerenciados pela lógica de regulação do atendimento e a implantação de AACR. As diversas iniciativas têm como objetivo central oferecer aos usuários do SUS assistência na hora e na quantidade certa, minimizando riscos, reduzindo sequelas e possibilitando a recuperação das pessoas (BRASIL, 2009).

Recentemente, foi editada a Portaria Nº 1.600, DE 7 DE JULHO DE 2011, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências e Emergências(RUE) no Sistema Único de Saúde (SUS). A RUE tem por finalidade articular e integrar todos os equipamentos de saúde ampliando e qualificando o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência/emergência nos serviços de saúde de forma ágil e oportuna. A Rede de Atenção às Urgências prioriza as linhas de cuidado cardiovascular, cerebrovascular e traumatológica, organizando a atenção pelos diversos componentes (BRASIL, 2011). Diversos conceitos são definidos pela RUE, os quais são importantes para o presente estudo. Dentre eles salientam-se:

O Componente de Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde, que tem por objetivo

[...] estimular e fomentar o desenvolvimento de ações de saúde e educação permanente voltadas para a vigilância e prevenção das violências e acidentes, das lesões e mortes no trânsito e das doenças crônicas não transmissíveis, além de ações inter-setoriais, de participação e mobilização da sociedade visando à promoção da saúde, prevenção de agravos e vigilância à saúde (BRASIL, 2011, p.2).

A Atenção Básica em Saúde que

Visa a ampliação do acesso, fortalecimento do vínculo e responsabilização e o primeiro cuidado às urgências e emergências, em ambiente adequado, até a transferência/encaminhamento a outros pontos de atenção, quando necessário, com a implantação de acolhimento com avaliação de riscos e vulnerabilidades (BRASIL, 2011, p. 2).

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências que assumem a finalidade de

[...] chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátricas, psiquiátricas, entre outras) que possa levar a sofrimento, seqüelas ou mesmo à morte, sendo necessário, garantir atendimento e/ou transporte adequado para um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao SUS (BRASIL, 2011, p. 2).

A Sala de Estabilização como o ambiente que possibilita

[...] a estabilização de pacientes críticos e/ou graves, com condições de garantir a assistência 24 horas, vinculado a um equipamento de saúde, articulado e conectado aos outros níveis de atenção, para posterior encaminhamento à rede de atenção à saúde pela central de regulação das urgências (BRASIL, 2011, p. 2).

A Força Nacional de Saúde do SUS que “objetiva aglutinar esforços para garantir a integralidade na assistência em situações de risco ou emergenciais para populações com vulnerabilidades específicas e/ou em regiões de difícil acesso, pautando-se pela equidade na atenção, considerando-se seus riscos” (BRASIL, 2011, p. 2).

As **Unidades de Pronto Atendimento** (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas constituídos pelas:

- Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24 h) que é o estabelecimento de saúde de complexidade

intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família e a Rede Hospitalar, devendo com estas compor uma rede organizada de atenção às urgências; e

- as Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24 h) e o conjunto de Serviços de Urgência 24 Horas não hospitalares que devem prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica e prestar primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica ou de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, definindo, em todos os casos, a necessidade ou não, de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade (BRASIL, 2011, p. 2-3).

O Componente Hospitalar que será constituído pelas Portas Hospitalares de Urgência, pelas enfermarias de retaguarda, pelos leitos de cuidados intensivos, pelos serviços de diagnóstico por imagem e de laboratório e pelas linhas de cuidados prioritárias (BRASIL, 2011, p. 2-3).

Por último, o Componente Atenção Domiciliar, que é

[...] compreendido como o conjunto de ações integradas e articuladas de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, que ocorrem no domicílio, constituindo-se nova modalidade de atenção à saúde que acontece no território e reorganiza o processo de trabalho das equipes, que realizam o cuidado domiciliar na atenção primária, ambulatorial e hospitalar (BRASIL, 2011, p.2-3).

A perspectiva de atenção em rede e a humanização da assistência remete a pensar as especificidades da atenção nos serviços de emergências hospitalares. O Serviço de Emergência apresenta características totalmente diferentes de outras unidades hospitalares: é um ambiente cuja dinâmica impõe ações complexas, nas quais a presença da finitude da vida é uma constante, gerando ansiedade, tanto do doente e familiar como dos profissionais que ali desempenham suas

atividades. A internação na Emergência rompe bruscamente com o modo de viver do paciente e seus familiares. O paciente sente-se impedido/limitado em sua autonomia, a doença pode levar à incapacidade de tomar decisões e de se autocuidar, perdendo parte de sua singularidade, muitas vezes passando a ser tratado como objeto (NASCIMENTO, 2004).

Nesse cenário destacam-se aqueles que vivenciam situações mais graves, como por exemplo, pessoas que apresentam o rebaixamento do nível de consciência, caracterizado pela ausência de respostas verbais e não-verbais e a incapacidade em se comunicar, em tomar decisões, reforçando a importância do acompanhamento de alguém de suas relações. (FERREIRA, 2000). O acolhimento nesse contexto é um gesto que pode contribuir para a concretização das políticas de humanização amplamente abordadas na realidade brasileira.

A perspectiva de humanização da assistência ganhou espaço no cenário brasileiro a partir do ano 2000, quando o governo federal lançou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar/PNHAH (BRASIL, 2001). Em 2002, foi aprovado o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Em 2004, o PNHAH passou a **Política Nacional de Humanização (PNH) – Humaniza SUS** cujo objetivo é resgatar a qualidade na atenção à saúde, incluindo resolubilidade, eficácia e efetividade da atenção à saúde, redução dos riscos à saúde, humanização das relações em todos os níveis de atenção, presteza e conforto no atendimento ao usuário, motivação dos profissionais de saúde, controle social na atenção e organização do sistema de saúde (BRASIL, 2004a).

Em relação ao gerenciamento dos serviços de urgência/emergências, é implantado o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) para prestar assistência imediata em situações de risco no domicílio ou via pública, e instalam-se as Centrais de Regulação de Emergência. Tudo isso com o objetivo de melhorar a qualidade de atendimento nas Emergências hospitalares, definir a retaguarda de leitos hospitalares e atenção domiciliar e organizar os pronto-atendimentos (BRASIL, 2002).

Avançando nessa perspectiva em 2004, através do Humaniza SUS, discutiu-se a proposta de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco, que prevê a gestão de cuidados por nível de gravidade do usuário, o direcionamento dos leitos de internação a partir da demanda das Emergências, a instalação do Comitê Gestor reunindo os setores críticos responsáveis pela assistência, a instalação do Conselho Gestor formado pelos usuários, trabalhadores da saúde e

gestores, além da instalação da ouvidoria e articulação com o SAMU (BRASIL, 2004d).

O **acolhimento** é o ponto-chave do trabalho de humanização, fortalecendo o comportamento ético e articulando o cuidado técnico-científico construído e em construção, com o cuidado que incorpora a necessidade de explorar e acolher o imprevisível, o incontrolável, o diferente e singular. Trata-se de um agir inspirado em uma disposição de acolher e de respeitar o outro como um ser autônomo e digno. Entende-se que a construção de um vínculo efetivo entre os profissionais de saúde e familiares, que se expresse em mútua cumplicidade, é fundamental para enfrentar os diferentes problemas de saúde e fortalecer o acolhimento humanizado (BRASIL, 2001).

Segundo o MS, “humanizar é adotar uma prática em que profissionais e usuários consideram o conjunto dos aspectos físicos, subjetivos e sociais que compõem o atendimento à saúde. Humanizar refere-se, portanto, à possibilidade de assumir uma postura ética de respeito ao outro, de acolhimento do desconhecido e de reconhecimento dos limites” (BRASIL, 2001, p. 52).

A fragilização física e emocional provocada pela doença e suas consequências na relação entre profissionais, pacientes e familiares deve ser considerada durante o acolhimento. Segundo o mesmo pensamento, o MS reafirma que os “[...] sentimentos como afeição, respeito, simpatia, empatia, angústia, raiva, medo, erotismo, compaixão, etc. são inevitáveis em qualquer contato humano”. Tais aspectos precisam ser reconhecidos, estar sob controle e a serviço da compreensão das necessidades de acolhimento. Na verdade, esses sentimentos, mesmo que intensos e imprevisíveis, quando incorporados adequadamente à atividade do profissional, podem se tornar instrumentos valiosos no atendimento à saúde (BRASIL, 2001, p. 53).

Nessa perspectiva integradora, o conceito de **humanização** adquire um caráter transversal e vincula-se a um conjunto de condições e relações que se estabelecem no processo de trabalho e atendimento hospitalar (MARTINS, 2008).

A humanização do atendimento envolve a observação de todos os aspectos ligados ao adoecer, como o respeito aos temores, às crenças e às fragilidades dos usuários e de seus familiares, além da ética na adoção das atividades técnico-científicas. A humanização amplia a possibilidade de integração da equipe técnica com os usuários, para uma nova concepção sobre o cuidado em

saúde no ambiente hospitalar (MARTINS, 2008, p. 39).

Cuidar com base em uma atenção humanizada, porém, constitui-se um desafio aos profissionais de saúde, seja pelas dificuldades impostas nas condições de trabalho, seja pela formação acadêmica que reforça uma visão parcial do ser humano e de suas necessidades, além de reforçar o tecnicismo e as relações distanciadas com os usuários do sistema de saúde. O cuidar humanizado implica pensar o doente a partir de suas relações sociais, incluindo também a família e suas relações.

No entanto, o desenvolvimento tecnológico, especialmente no que diz respeito a tecnologias materiais de ponta, tem deixado de lado os aspectos subjetivos da pessoa que é cuidada, privilegiando-se demasiadamente a utilização de produtos e equipamentos de última geração. Isso porque a tecnologia em saúde tem sido associada predominantemente a produtos ou equipamentos, levando muito em conta sua concepção, desenvolvimento e/ou utilização. Tecnologia compreende, também, os saberes constituídos para a geração, criação e utilização de produtos, bem como para organizar as relações humanas. Acolhimento, no contexto das políticas públicas de saúde, coloca-se como uma tecnologia de cuidado ao usuário dos serviços; a técnica permeia todo o nosso modo de viver, nosso modo de trabalhar, de cuidar e ser cuidado, é inerente às nossas relações e, portanto, também às nossas ações (GALLIMBERTI, 2003; MERHY, 2005; MARTINS, 2008).

Tratando da utilização de aparatos tecnológicos em saúde, Martins (2008, p. 66), afirma: “[...] é fato que, nos serviços de saúde, em todas as áreas, o uso de aparatos tecnológicos auxilia, mas não dispensa o trabalho humano, visto que precisa deste para sobreviver, para manter-se, transformar-se”. Seria injusto opor-se à contribuição que o desenvolvimento tecnológico ocasionou em relação ao desenvolvimento e aumento da produtividade em várias áreas, em especial na área da saúde, no que se refere ao apoio diagnóstico e tratamento.

No entanto, é preciso considerar que o trabalho em saúde é realizado por seres humanos para outros seres humanos, envolvendo relações e subjetividades. O uso de tecnologias nesse sentido, sejam de natureza material ou não, permeia a relação entre sujeitos, suas crenças e valores, modos de ver o mundo, a saúde e a doença, pois temos, nesse caso, no mínimo dois protagonistas: o trabalhador e o usuário do serviço de saúde. Desconsiderar o usuário e seus modos de vida em prol de

determinada tecnologia é desconhecer sua importância na construção dessas relações e, portanto, a negação de que esta possa ser considerada um processo (MARTINS, 2008).

O debate acerca do significado do termo tecnologia é tratado na literatura de diferentes modos. De modo geral, a literatura nacional e internacional tem adotado o entendimento do termo a partir da noção de tecnologia material (equipamentos, materiais, produtos) e tecnologia não material (conhecimento, relações).

No Brasil, Merhy (2005) tem trabalhado o conceito de tecnologia em saúde a partir de uma classificação em tecnologia dura, tecnologia leve-duras e tecnologias leves. As tecnologias duras tratam dos equipamentos, máquinas, normas, rotinas e estruturas organizacionais; as tecnologias leve-duras aos saberes estruturados, como por exemplo, a fisiologia, a anatomia e outros presentes no trabalho em saúde. As tecnologias leves tratam de tecnologias de acesso, como por exemplo, o acolhimento, o vínculo e o diálogo.

No entender de MS, “acolher com a intenção de resolver os problemas de saúde das pessoas que procuram uma unidade de emergência, pressupõe que todos deveriam ser recebidos por um profissional da equipe de saúde”. Define as funções diante desse ato de acolher, aos profissionais de saúde que deveriam escutar as queixas, os medos e as expectativas, dos usuários. (BRASIL, 2009).

O acolhimento é também um

[...] dispositivo de intervenção que possibilita analisar o processo de trabalho em saúde com foco nas relações e que pressupõe a mudança das relações profissional/usuário/rede social e profissional por meio de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito e como participante ativo no processo de produção da saúde (BRASIL, 2009, p 17)

Seguindo o mesmo pensamento,

[...] o acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética; não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, mas implica necessariamente o compartilhamento de saberes, angústias e invenções; quem acolhe toma para si a responsabilidade de “abrigar e agasalhar” outrem em suas demandas, com a resolutividade

necessária para o caso em questão. Desse modo é que o diferenciamos de triagem, pois se constitui numa ação de inclusão que não se esgota na etapa da recepção, mas que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde (BRASIL, 2009, p. 17).

Ao se falar em acolhimento, podemos pensar na humanização do atendimento prestado, pois, segundo Ballone (2008, p.1),

[...] humanizar o atendimento não é apenas chamar o paciente pelo nome, nem ter constantemente um sorriso nos lábios, mas, além disso, é compreender os medos, angústias e incertezas, é dar apoio e atenção permanente ao paciente. Humanizar também é, além do atendimento fraterno e humano, procurar aperfeiçoar os conhecimentos continuamente é valorizar, no sentido antropológico e emocional, todos os elementos implicados na assistência.

Uma das implicações da humanização e do assistir no ambiente hospitalar diz respeito à inclusão das redes de relações do paciente no cuidado. Esse debate tem tomado vulto através das políticas públicas de saúde e propostas ministeriais de ambiência, visita aberta e direitos do usuário. (BRASIL, 2004e; BRASIL, 2006b; BRASIL, 2007). A manutenção da família e da rede de relações do doente junto ao paciente em situações específicas como acompanhamento à criança e adolescente, ao parto e puerpério, ao idoso e às pessoas especiais é hoje um direito assegurado pela Carta dos Direitos dos Usuários do SUS, assim como a recomendação da permanência da família em todas as situações em que não houver impossibilidades relacionadas à condição do paciente (BRASIL, 2006b).

A proposta de visita aberta e ampliada complementa o direito ao acompanhante e intensifica a permanência da família junto ao paciente, naquelas situações em que o acompanhamento não é possível (BRASIL, 2007).

A proposta de ambiência vem ao encontro das propostas anteriores, na medida em que coloca a importância de pensar um ambiente acolhedor e facilitador da permanência de familiares no meio hospitalar como acompanhantes do paciente (BRASIL, 2004e).

O debate em torno da humanização e acolhimento leva-nos a pensar a questão do paciente crítico e seu acompanhante/familiar.

O **paciente crítico** é entendido neste estudo como “aquele que, por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência depende de meios avançados de monitorização e terapêutica” (SOCIEDADE PORTUGUESA DE CUIDADOS INTENSIVOS, 2010, p. 01). Incluem-se também entre os pacientes críticos todos aqueles que em função de uma intercorrência aguda apresentam risco de vida.

No contexto das Emergências hospitalares, na grande maioria das vezes, estes pacientes chegam trazidos por policiais, ou serviços médicos de urgências, ou mesmo acompanhados de pessoas conhecidas/familiares. Independentemente do modo como o paciente crítico chega ao serviço, em algum momento é realizado contato com sua rede de relações e esses passam a fazer parte do contexto assistencial, geralmente na condição de acompanhante ou visitante.

Acompanhante/familiar do paciente em estado crítico é entendido em sentido amplo. Pode ser alguém com laços consanguíneos, responsável legal, amigos, pessoa próxima, companheiro ou outro. É alguém que se preocupa com o paciente, no sentido de acompanhar o processo de hospitalização mantendo uma relação próxima com os profissionais de saúde. Pode estar presente desde o momento inicial de chegada à emergência, ou acompanhar posteriormente o paciente durante e após a hospitalização (GORTADO; SILVA, 2005).

Em decorrência dos laços mantidos com o paciente, o acompanhante também necessita de cuidados, e os profissionais de saúde ao cuidar dele devem estar atentos às necessidades de ambos. Os acompanhantes têm momentos de ansiedade e sofrimento em relação à situação do paciente e ao que possa acontecer em virtude da pouca informação e contato (GORTADO; SILVA, 2005).

Segundo Nascimento e Martins (2000), os membros da família, quando bem preparados, têm condição de ficar mais tempo junto ao seu familiar e se envolverem no processo de recuperação, o que, além de beneficiá-los, diminui o sentimento de desamparo. Correa, Sales e Luciana (2002), em estudo realizado junto a familiares de pacientes críticos, ensinam que pelo olhar dos enfermeiros que trabalham nessa realidade, a família, ao deparar-se com aquele ambiente estranho e com o aparato tecnológico que envolve a assistência a esse paciente perde os meios efetivos para convencer-se de que seu familiar tem possibilidade de recuperação. Assim, vai em busca daquele que, ao manipular de certo modo a vida do doente, podem esclarecê-lo: o profissional da saúde.

Percebe-se deste modo, que a equipe de saúde não pode centrar suas atividades apenas em procedimentos técnicos, mas buscar refletir e atuar considerando a importância do envolvimento com o paciente, e em ter uma relação mais próxima com as pessoas que buscam ou precisam de ajuda. Em suma, o relacionamento humano nos serviços de saúde é essencial para melhorar a assistência (CAMELO et al., 2000).

Num estudo realizado, por Leite e Vila (2005), para verificar as dificuldades vivenciadas pela equipe multiprofissional ao cuidar de pacientes críticos, evidenciou-se que as dificuldades mais relatadas, estavam relacionadas ao contato com os familiares, com o lidar com a morte, com a falta de recursos materiais e, especialmente, com o relacionamento entre os membros da equipe. Os resultados desse estudo evidenciam mais uma vez, a necessidade da promoção de momentos para reflexão e discussão acerca dos aspectos técnicos, científicos e éticos referentes ao cuidado tanto dos pacientes críticos quanto de seus acompanhantes, tendo em vista a melhoria da qualidade do atendimento e relacionamento interpessoal. Buscar caminhos para melhor acolher os acompanhantes de pacientes críticos nos Serviços de Emergência torna-se um modo de concretização das políticas de humanização.

4 MÉTODO

O estudo foi desenvolvido a partir da Pesquisa Convergente Assistencial (PCA), por entendê-la como um caminho adequado à investigação, uma vez que este referencial propõe uma intervenção articulada entre assistência e pesquisa. Assistir pesquisando e pesquisar assistindo é um dos pressupostos da PCA (TRENTINI; PAIM, 2004).

A PCA propicia as trocas de informações durante o fazer e pesquisar o cuidado. Informações obtidas pela pesquisa influenciam as mudanças na prática assistencial, e a prática, por sua vez, instiga novos problemas de pesquisa, buscando a construção de um novo conhecimento e a melhoria direta do contexto estudado (TRENTINI; PAIM, 2004). Dessa forma, demanda que todos os sujeitos da pesquisa, sejam extremamente ativos e envolvidos durante todo o processo. Isso vem ao encontro dos objetivos da presente pesquisa, ou seja, **promover a reflexão acerca do acolhimento aos acompanhantes, de pacientes críticos, atendidos em serviço de emergência, com vistas a mudanças que revertam em melhores práticas em saúde.**

Ao pensar a Pesquisa Convergente Assistencial, as autoras indicam os caminhos a seguir para o encadeamento do processo. Um primeiro passo da PCA diz respeito à definição do tema em estudo, das preocupações do pesquisador a respeito do tema que podem levar a uma questão de pesquisa, assim como a avaliação do grau de envolvimento do pesquisador com a questão estudada, ou seja, a fase de **concepção** (TRENTINI; PAIM, 2004).

Considerando a inserção da pesquisadora e suas inquietações, a investigação foi realizada a partir de uma intervenção no ambiente de trabalho que incluiu a atenção ao paciente/familiar, entrevistas com familiares de pacientes, entrevista com profissionais de saúde e grupo de reflexão com profissionais de saúde.

A fase de concepção inclui também a justificativa do tema, definição da questão de pesquisa, objetivos, revisão da literatura e o referencial teórico, já apresentado anteriormente.

No processo de concepção da pesquisa, ocorreu a escolha do local, dos participantes, dos métodos e técnicas para obtenção e análise dos dados, o que constitui a fase de **instrumentação**.

4.1 LOCAL DA PESQUISA

O estudo foi desenvolvido em um Serviço de Emergência, que atende pessoas adultas de um hospital geral público e de ensino, localizado na capital de um estado da Região Sul do Brasil, sendo referência para sua área de abrangência.

Esse hospital foi fundado em 1980 e possui atualmente, cerca de 270 leitos nas áreas de Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Terapia Intensiva, Tratamento Dialítico, Pediatria, Ginecologia, Obstetrícia e Neonatologia, Centro Cirúrgico, Serviço de Ambulatório geral e especializado, Hemodinâmica e Onco-hematologia. Possui ainda serviço de Emergência Adulto, Infantil e Gineco-obstetrícia, Centro Obstétrico, Centro de Incentivo ao Aleitamento Materno e Centro de Esterilização. A única forma de atendimento é via Sistema Único de Saúde.

O Serviço de Emergência estudado fica localizado no andar térreo do hospital e atende cerca de 300 a 350 pacientes/dia, os quais chegam por iniciativa própria, trazidos por familiares ou então referenciados de outras unidades/serviços. Para prestar assistência a essa clientela, o serviço de emergência conta com uma organização que divide a área física em Área de acolhimento, Serviço de Emergência Interna (SEI) e Repouso; cada uma delas conta com diversos ambientes que possibilitam a realização da assistência.

Para atender à demanda na Unidade de Emergência, a estrutura física do serviço foi totalmente reformada e adequada em 2007, para atender às novas diretrizes do MS para as emergências hospitalares no Brasil, com implantação do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACR).

Conforme explicitado anteriormente, o acolhimento vem sendo realizado já há algum tempo, sofreu interrupção durante o ano de 2010, tendo sido retomado a partir de agosto de 2011.

Segundo o Ministério da Saúde, a tecnologia de Avaliação com Classificação de Risco, pressupõe a determinação de agilidade no atendimento a partir da análise, sob a ótica de protocolo pré-estabelecido do grau de necessidade do usuário, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade e não na ordem de chegada (BRASIL, 2004d). O AACR pressupõe a existência de atendimento organizado, pela gravidade e necessidade do usuário organizado por áreas e com cores diferenciadas para facilitar o fluxo do serviço.

Segundo recomendações do MS, os protocolos de classificação de risco devem se dar a partir de cada realidade, considerando o perfil de

cada serviço e o contexto de sua inserção na rede de saúde. A construção e efetivação desses protocolos na realidade constituem-se oportunidade de interação entre a equipe multiprofissional, valorização dos trabalhadores e momento de reflexão sobre o processo de trabalho (BRASIL, 2009).

A construção do protocolo na referida emergência se deu conforme a indicação do MS, com parte dos profissionais que ali atuam e envolveu a adaptação de modelos de protocolos já existentes. Neste protocolo adotou-se uma classificação com base em seis cores que definem a prioridade de atendimento do doente, como pode ser visto no Quadro 1 a seguir:

Prioridade	Nome	Cor	Tempo Alvo
01	Emergente	Vermelho	0 Minutos (Imediato)
02	Muito Urgente	Laranja	10 Minutos
03	Urgente	Amarelo	60 Minutos (1 Hora)
04	Pouco Urgente	Verde	120 Minutos (02 Horas)
05	Não Urgente	Azul	240 Minutos (04 Horas)
06	Procedimentos	Branco	Sem Tempo

Fonte: Hospital Universitário (2011, p. 3).

Quadro 1: Protocolo de Acolhimento e Avaliação com Classificação de Risco, conforme as cores e prioridades de atendimento

Os fatores que determinam uma prioridade são: ameaça à vida, ameaça à função, duração do problema, idade, historia, risco de maus tratos (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO, 2011).

O AACR é realizado diariamente das 7 às 24 horas em consultório localizado próximo à recepção.

O Serviço de Emergência possui também uma área de repouso com 12 leitos de observação e um leito de isolamento, mas, cotidianamente, permanecem em média 25 a 30 pacientes em observação ou mesmo internados, aguardando disponibilização de leitos nas demais clínicas do hospital ou em outra unidade hospitalar. O excedente de pacientes é mantido em macas ou poltronas pelos corredores ou consultórios até a desocupação de um leito. Os pacientes em situação crítica de saúde, ao chegarem ao Serviço geralmente são mantidos na sala de reanimação até a obtenção de um leito de UTI, cirurgia, transferência para outra instituição ou óbito.

4.2 SUJEITOS DA PESQUISA

O serviço de Emergência Adulto conta com uma equipe de atendimento formada por 35 médicos clínicos e cirurgiões, 17 enfermeiros, 51 técnicos e auxiliares de enfermagem, 1 assistente social, 1 psicóloga, 1 nutricionista, 2 acadêmicos de enfermagem (bolsistas), assistentes administrativos, seguranças, copeiras, auxiliares de limpeza. Atuam ainda neste setor em esquema de rodízio, médicos residentes, acadêmicos de enfermagem e medicina e estagiários do curso técnico de enfermagem e residentes enfermeiros, assistente social, farmacêutico e psicólogo da Residência Integrada Multiprofissional de Saúde na Área de concentração em Urgência e Emergência. Participaram da pesquisa 53 profissionais de saúde (03 médicos, 20 enfermeiros, 25 técnicos de enfermagem, 01 auxiliar de enfermagem, 01 psicólogo e 03 assistentes sociais, incluindo os residentes das diversas profissões) e 07 acompanhantes/familiares de pacientes em atendimento no serviço.

Os profissionais do Serviço foram convidados individualmente a participar e na ocasião do convite foram explicados os objetivos da pesquisa. O critério de inclusão foi ser profissional da saúde e atuar no referido serviço, independentemente do tempo de atuação, além aceitar participar do estudo em qualquer uma de suas etapas: entrevista ou grupo de reflexão. Os residentes das diversas áreas, embora em processo de formação, foram convidados a participar, pois atuam no dia-a-dia do serviço e vivenciam os mesmos problemas que os demais profissionais.

Os profissionais participaram do estudo na etapa de entrevista e/ou dos grupos de reflexão. Quarenta e dois (42) profissionais responderam às entrevistas (três médicos, 20 enfermeiros, 25 técnicos de enfermagem, um auxiliar de enfermagem, um psicólogo e 03 assistentes sociais). Vinte e quatro (24) profissionais participaram dos grupos de reflexão. Dos que participaram do grupo de reflexão, 13 haviam respondido anteriormente às entrevistas e 11 participaram somente desta última etapa. No total, incluindo a participação nas entrevistas e no grupo de reflexão, participaram da pesquisa 53 profissionais que atuam no serviço de emergência estudado.

Pensar modos mais humanos de acolhimento dos familiares/acompanhantes implica também considerar a participação de todos os profissionais no processo. Isso porque o trabalho em saúde tem características multiprofissionais, de caráter interdisciplinar e interdependente, uma vez que a complexidade da assistência não permite na atualidade que uma única categoria dê conta desse

atendimento (MATOS, 2006).

Também fizeram parte do estudo 07 acompanhantes de pacientes em situação crítica de saúde que estavam sendo atendidos no serviço. Esses familiares/acompanhantes, dependendo de suas necessidades, foram assistidos pelas diversas categorias profissionais que atuam na emergência (médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, assistente social, psicóloga, nutricionista), e todos eles foram minimamente atendidos pela área médica e de enfermagem.

O objetivo da inclusão desses sujeitos no processo de investigação foi conhecer suas percepções acerca do acolhimento, as potencialidades e dificuldades existentes no atendimento de suas necessidades. Essas contribuições somadas às dos profissionais deram suporte para repensar e propor inovações no atendimento.

Os acompanhantes familiares foram incluídos seguindo os seguintes critérios: ser familiar acompanhante de paciente em situação crítica de saúde, estar com pessoa de sua família ou relações no momento inicial do atendimento, ter mais de 18 anos e aceitar participar do estudo. Foram excluídos os familiares/acompanhantes menores de 18 anos, bem como aqueles cujo paciente evoluiu para óbito nos momentos iniciais de atendimento ou que foram transferido para outra instituição de saúde. A totalidade desses pacientes apresentou algum problema clínico, como dor intensa, hipertensão arterial sistêmica, edema agudo de pulmão, ou outro problema clínico.

4.3 INSTRUMENTOS DE PESQUISA E A COLETA DE DADOS

Na coleta de dados, foram utilizadas entrevistas semiestruturadas com familiares e profissionais de saúde e discussão em grupos focais com profissionais de saúde.

4.3.1 Entrevistas

A opção pela utilização de entrevistas individuais decorre de que nela estabelece-se estreita relação de aproximação entre o entrevistado e o entrevistador. A entrevista semiestruturada permite seguir o referencial teórico e o conhecimento sobre o tema, e o pesquisador inicia a entrevista partindo de tópicos relacionados ao tema até aprofundar e

detalhar as informações de acordo com os objetivos da pesquisa. Foram elaborados dois roteiros para entrevista, um para familiares/acompanhantes (Apêndice A) e outro para os profissionais de saúde (Apêndice B). O roteiro semiestruturado para entrevistas oferece ao entrevistador a flexibilidade para explorar de diferentes formas as informações de cada participante dependendo de suas características pessoais (TRENTINI, PAIM, 2004).

O contato e as entrevistas com os acompanhantes aconteceu na primeira etapa da pesquisa, durante as atividades previstas na disciplina Prática Assistencial² que acontece durante o curso de mestrado profissional, com o objetivo de implementar na prática do serviço, através de processo assistencial educativo, mudanças na realidade. Nesse momento, a pesquisadora participou ativamente do atendimento ao paciente e ao acompanhante, ao mesmo tempo em que observou o que ocorria com o familiar e a atenção que recebia dos profissionais. Após o atendimento inicial, em condições propícias, a pesquisadora procurou o acompanhante, explicou os objetivos da pesquisa e consultou-os sobre a vontade de participar voluntariamente do estudo. Aos que aceitaram participar foi solicitado o telefone para agendamento posterior do encontro, pois se considerou que naquele momento não estavam em condições de fornecer a entrevista. No contato mantido posteriormente foi confirmado o desejo de participar e agendada a entrevista em horário e local de conveniência e preferência do entrevistado. Todas as entrevistas foram realizadas na instituição em estudo, com o paciente ainda em atendimento na emergência ou internado em alguma unidade assistencial do próprio hospital. No encontro com as pessoas participantes do estudo, foi apresentado e explicado aos mesmos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C). Em todo o processo de atenção aos acompanhantes e em especial o agendamento e realização da entrevista foram respeitadas as condições emocionais de cada um, em função do momento que vivenciavam. Parte-se do pressuposto que a assistência ao acompanhante tem precedência a qualquer situação da pesquisa.

A entrevista foi realizada o mais próximo possível do momento de atendimento, respeitando cada situação e realidade particular e as informações foram confirmadas neste momento. Os achados das

² Disciplina Projetos Assistenciais e Inovação Tecnológica, que faz parte do quadro de disciplinas ofertadas, do PEN, - UFSC, como obrigatória que tem como objetivo: Implementar, o projeto assistencial e / ou de inovação tecnológica com abordagem individual, familiar ou a grupos, vinculados à instituições de saúde.

entrevistas com os acompanhantes/familiares foram utilizados posteriormente na reflexão em grupos focais com os profissionais.

Com os profissionais de saúde que trabalham no setor da emergência adulto do referido hospital, foram realizadas com agendamento prévio as entrevistas semiestruturadas, e o TCLE foi-lhes apresentado. (Apêndice D). Essas entrevistas tiveram por objetivo conhecer como o grupo de profissionais percebe o acolhimento ao familiar do paciente grave, e quais suas propostas para melhorar o encontro profissional – usuário - acompanhante/familiar. As entrevistas com profissionais foram gravadas com autorização dos participantes, o material foi transcrito e a síntese foi apresentada aos profissionais que participaram dos grupos de reflexão. Esse material subsidiou a discussão nos grupos, auxiliando os profissionais a pensar e a propor possibilidades de acolhimento ao familiar/acompanhante de paciente crítico.

4.3.2 Grupos de reflexão

De acordo com Trentini e Paim (2004), as dinâmicas de grupo, encontros e grupos de reflexão são excelentes estratégias para efetuar discussões com a equipe e promover a sensibilização dos participantes. Através dessas técnicas é possível que os sujeitos com os quais se trabalha expressem suas ansiedades e dificuldades, conhecimentos e motivações.

Os grupos de reflexão foram momentos em que se reuniram os profissionais para refletir sobre os achados das entrevistas e questões observadas na prática. Foram realizados dois grupos de reflexão com participação de profissionais distintos em cada grupo. Neles foi apresentada uma síntese dos dados coletados nas entrevistas com familiares e com profissionais, e o material foi organizado separadamente em cartazes para apresentação ao grupo dando visibilidade à problemática de cada ator social. Um dos grupos de reflexão aconteceu no turno da manhã, em horário de trabalho dos participantes, e outro no período noturno, em reunião com enfermeiros do serviço. A realização de dois grupos de reflexão foi entendida como suficiente, uma vez que nos dois grupos os achados não se diferenciaram significativamente. Também a realização de discussões grupais no serviço encontra muitos obstáculos; os profissionais geralmente atuam em mais de uma instituição não dispondo de tempo

para vir ao hospital fora de seu turno de trabalho, e durante o turno é bastante difícil dispor de tempo para participar de outras atividades.

Nesse processo, que incorpora os resultados das entrevistas, pretendeu-se durante o grupo de reflexão, construir indicativos para direcionar uma nova prática assistencial no que se refere ao acolhimento de acompanhantes de pacientes adultos em situação crítica. Os grupos foram realizados em sala disponível no próprio ambiente do serviço e tiveram uma duração média de 40 minutos, considerando as condições do setor em cada momento. Participaram deste momento um médico, dois assistentes sociais, quinze enfermeiras e seis técnicos de enfermagem.

4.4 ANÁLISE DE DADOS

A análise de dados faz parte do processo de construção e elaboração científica do pesquisador. Na PCA, a fase de análise de dados acontece simultaneamente ao momento de coleta, uma vez que a cada passo repensa-se, com o coletivo dos sujeitos envolvidos na pesquisa, os achados e as possibilidades de implementação de mudanças na prática. O novo conhecimento vai sendo construído no processo por e com os integrantes da pesquisa. A análise dos dados obtidos pelas duas etapas de coleta de dados foi sistematicamente organizada e interpretada, de modo a chegar ao final das categorias de análise, dando visibilidade às concepções e proposta do grupo de participantes.

No processo de análise de dados, foram utilizados princípios da análise de conteúdo, conforme Bardin (2004), que inicia com a pré-análise dos dados obtidos na investigação. Nessa etapa, realizou-se a leitura em separado do material correspondente ao resultado das entrevistas com os acompanhantes, profissionais e o material dos grupos de reflexão, objetivando a familiarização com os mesmos. Após, os dados foram exaustivamente analisados, buscando as idéias centrais transmitidas pelos sujeitos da pesquisa de modo a constituírem grupos homogêneos de comunicação, considerando a totalidade das informações, tendo sido constituídas as categorias finais de análise. Em relação às expectativas de acolhimento dos familiares e acompanhantes, emergiram as categorias: **Acolher é atender prontamente o paciente grave; incluir a família/acompanhante; manter familiar/acompanhante informado é comunicação; acolhimento é ter um ambiente adequado para estar com o paciente.** Das falas dos

profissionais de saúde, surgiram as categorias: **o acolhimento de familiares/acompanhantes de pacientes críticos em serviço de emergência**, na qual são discutidas **as percepções de profissionais de saúde sobre o que é acolher em serviço de emergência; o acolhimento ao familiar/acompanhante de pacientes em situação crítica; presença/permanência do familiar no momento do atendimento, ambiente adequado para os familiares e o acompanhante como transmissor de informações**. Por último, apresentam-se **os indicativos para uma proposta de acolhimento aos familiares/acompanhantes de pacientes em situação crítica**.

Essas categorias foram analisadas a partir do referencial teórico e autores que tratam do tema. Com o resultado da leitura e interpretação dos dados, objetivou-se a elaboração de indicativos, para posteriormente pensar-se em um protocolo assistencial para utilização pelos profissionais da equipe de saúde, no atendimento ao acompanhante de pacientes em situação crítica de saúde da referida instituição.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

Na PCA, os princípios morais, o respeito e a dignidade humana formam o fundamento para o desenvolvimento da investigação científica pelos profissionais, uma vez que ela envolve também o cuidado ao paciente (TRENTINI; PAIM, 2004).

O desenvolvimento da pesquisa tem o compromisso com a proteção dos direitos humanos, guiado pela Resolução 196/96 e suas complementares, atendendo às exigências éticas e científicas fundamentais através dos princípios de autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade. Sendo assim, assegura aos participantes do estudo:

- a) a privacidade e o anonimato das informações durante todo o processo da pesquisa, garantidas pelo uso de pseudônimo;
- b) a dignidade ao relacionamento, valorizando e respeitando as sugestões dos envolvidos;
- c) a liberdade de o pesquisado entrar no estudo e sair dele a qualquer momento;
- d) o consentimento para participar no estudo será voluntário, assinado em duas vias com os detalhes e esclarecimentos da pesquisa;
- e) o bem-estar e segurança, por meio de escolha de local apropriado para as entrevistas, que preservarão segredos dos

participantes (quando assim preferirem), respeito às opiniões individuais e não exposição dos participantes.

A proposta de estudo foi aprovada pela Direção da instituição e pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC, sob número de PROCESSO N° 991, de 27 de outubro de 2010, (Anexo A).

5 RESULTADOS

Este capítulo foi organizado de acordo com a Instrução Normativa 003/MP-PEN/2011 de 12 de setembro de 2011 (Anexo B), que dispõe sobre elaboração e formato de apresentação dos trabalhos do Curso Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem da UFSC e prevê a apresentação dos resultados obtidos da dissertação na forma de dois manuscritos conforme a seguir.

5.1 MANUSCRITO 1: ACOLHIMENTO EM SERVIÇO DE EMERGÊNCIA: OPINIÕES E EXPECTATIVAS DE FAMILIARES/ACOMPANHANTES DE PACIENTES CRÍTICOS

ACOLHIMENTO EM SERVIÇO DE EMERGÊNCIA: OPINIÕES E EXPECTATIVAS DE FAMILIARES/ACOMPANHANTES DE PACIENTES CRÍTICOS

EMERGENCY RECEPTION SERVICES: OPINIONS AND EXPECTATIONS FROM FAMILY MEMBERS/ COMPANIONS OF CRITICALLY ILL PATIENTS

LA ACOGIDA EN SERVICIOS DE URGENCIA: LAS OPINIONES Y EXPECTATIVAS DE LOS FAMILIARES/ACOMPAÑANTES DE PACIENTES CRÍTICAMENTE ENFERMOS

Scheila Maria Valentim Nienkotter¹
Eliane Matos²

Resumo: Estudo realizado em um Serviço de Emergência Adulto de um hospital geral universitário do sul do Brasil, abordando a questão do acolhimento do familiar/acompanhante de pacientes críticos. Tem por

¹ Enfermeira do Hospital Universitário da UFSC. Mestranda do Curso de Mestrado Profissional Gestão Cuidado do PEN/UFSC. Email: scheilanien@hotmail.com. Rua Sebastião Nogueira de Carvalho,130. Bela Vista-1,São Jose,SC. CEP:88-110795.

² Doutora em enfermagem pelo PEN/UFSC. Enfermeira chefe da Divisão de Enfermagem em Emergência e Ambulatório do Hospital Universitário-UFSC, Professora do Curso de Mestrado Profissional Gestão Cuidado do PEN / UFSC. Membro do Grupo de Pesquisa Práxis.

objetivo conhecer o que pensam os acompanhantes/ familiares de pacientes em situação crítica, atendidas no serviço de emergência hospitalar em relação ao acolhimento que recebem, assim como as expectativas em relação ao serviço. Pesquisa descritiva e exploratória com abordagem qualitativa, realizado com a participação de 07 familiares/acompanhantes de pacientes em estado crítico de saúde, atendidos no serviço de emergência, que aceitaram voluntariamente em participar da pesquisa. A coleta de dados foi realizada através de entrevista semiestruturada, e os resultados apontam tanto aspectos positivos como negativos da atenção recebida no serviço de emergência estudado, os quais dizem respeito ao acolhimento. Como positivas destaca-se o pronto atendimento ao paciente crítico. A atenção que recebem dos profissionais e a comunicação profissional/familiar aparecem, ora como aspecto positivo, ora como negativo. A área física de atendimento é citada como negativa, dificultando a permanência do familiar/acompanhante no local. Conclui-se pela necessidade de investimento na estrutura física do serviço e capacitação dos profissionais para conviver com o acompanhante, mantendo com eles uma relação acolhedora, esclarecedora e de comunicação efetiva.

Palavras chaves: Enfermagem. Serviços hospitalares de emergência. Família. Acompanhantes de pacientes. Acolhimento

Abstract: This study was carried out in the Adult Emergency Service of a federal university hospital in southern Brazil and outlined the question of reception for family members/companions of patients receiving critical care. Its objective was to better understand how companions/family members of critical patients who receive hospital emergency care feel about the reception they receive, as well as their expectations towards such. This descriptive and exploratory study used a qualitative approach and included the voluntary participation of 7 (seven) family members/ companions of critical patients attended through the hospital's emergency services. Data was collected through semi-structured interviews. Results equally point out positive and negative aspects concerning the emergency care received during the course of this study with respect to reception. Medical service responsiveness for the critical patient was highlighted as a positive aspect. The care given by health care professionals and professional/family communication appear both as positive and negative aspects. The physical area for care services is cited as a negative aspect, making it difficult for the family member/companion to remain in the

location. This study concludes that physical infra-structure for these services and training for the health care professionals to better interact with patient companions is needed in order to maintain a receptive, clarifying, and effectively communicated relationship.

Keywords: Nursing. Hospital emergency services. Family. Patient companions. Reception.

Resumen: Se trata de un estudio realizado en un Servicio de Urgencias de Adultos de un hospital universitario en el sur de Brasil, donde se aborda la cuestión de la acogida al familiar/acompañante de pacientes en estado crítico. Su objetivo es conocer lo que piensan los acompañantes/familiares de los pacientes en estado crítico, tratados en el servicio de urgencias del hospital en relación a la acogida que reciben, así como las expectativas en relación al servicio. Es una investigación descriptiva y exploratoria, de enfoque cualitativo, con la participación de siete familiares/acompañantes de los pacientes en estado de salud crítico atendidos en el servicio de urgencia, que se ofrecieron voluntariamente a participar de la investigación. La recolección de datos se llevó a cabo a través de entrevistas semiestructuradas y los resultados muestran los aspectos positivos y negativos de la atención recibida en el servicio de urgencia estudiado, en relación con la acogida. Como positiva se destaca la rápida atención al paciente crítico. La atención que reciben de los profesionales, la comunicación profesional/familiar aparece a veces como un aspecto positivo o como algo negativo. El área física de la atención es citada como algo negativo, lo que dificulta la estancia del familiar junto al paciente. Se concluye la necesidad de invertir en la estructura física del servicio y en la formación de profesionales para convivir con el acompañante y mantener una relación cálida, clara y de comunicación eficaz.

Palabras Clave: Enfermería. Servicios hospitalarios de urgencia. Familia. Acompañantes de pacientes. Acogida.

INTRODUÇÃO

Os anos que se seguem à reforma sanitária brasileira têm suscitado o debate e a elaboração de propostas que visam à humanização da assistência no âmbito dos serviços de saúde no País, chamando a atenção, especialmente, as propostas que envolvem o atendimento de urgência/emergência (BRASIL, 2004a, BRASIL, 2004b; BRASIL,

2006b).

Historicamente, os serviços de emergência hospitalares têm sido uma importante porta de entrada da população aos serviços de saúde, não só para o atendimento às situações críticas, mas por situações diversas que vão desde a cultura hospitalocêntrica, que por muitos anos dominou os serviços de saúde, a insuficiência de serviços na rede básica, assim como a baixa resolutividade desse nível de atenção, gerando o descrédito da população (BRASIL, 2004a , BRASIL,2009)

Tal condição, ao longo do tempo, tem dificultado e muitas vezes inviabilizado uma assistência de qualidade nesses serviços, sobrecarregados pelo excesso de demanda, pela falta de recursos, dificuldade de drenagem dos doentes para áreas de internação, falta de vagas hospitalares, assim como pela dificuldade de referenciar o doente para áreas ambulatoriais que poderiam resolver grande parte das situações atendidas no serviço. Tem interferido também no atendimento às situações mais complexas que implicam risco de morte para as pessoas. Esse cenário contribui para a desumanização do atendimento e também do trabalho.

Dentre as iniciativas governamentais para responder a essa realidade destaca-se um conjunto de ações e propostas articuladas: a implantação do Programa/Estratégia de Saúde da Família a partir de 1994 (BRASIL, 2001); a Política Nacional de Humanização da Assistência. (BRASIL, 2001; BRASIL, 2006b), o Programa QualisUS (BRASIL, 2004b), a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) (BRASIL, 2006b). Nos Serviços de Emergência, tais iniciativas, em especial o debate acerca da humanização da assistência, contribuíram para a construção e implementação da proposta de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACR), existente nos dias atuais em muitos serviços. O Acolhimento com Avaliação de Risco

[...] configura-se como uma das intervenções potencialmente decisivas na reorganização das portas de urgência e na implementação da produção de saúde em rede, pois extrapola o espaço de gestão local afirmando, no cotidiano das práticas em saúde, a coexistência das macro e micropolíticas. (BRASIL, 2009, p. 28).

Outra iniciativa governamental de extrema importância para a organização dos Serviços de Emergência refere-se à criação dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência (SAMU), sob a Portaria

n.º 2048/GM, de novembro de 2002, do Ministério da Saúde, que hoje é um importante componente da assistência à saúde. Essa iniciativa vem em resposta à crescente demanda por serviços na área, nos últimos anos, devido ao crescimento do número de acidentes e da violência urbana e à insuficiente estruturação da rede, fatores que têm contribuído decisivamente para a sobrecarga de serviços de Urgência e Emergência disponibilizados para o atendimento da população. (BRASIL, 2002).

Apesar da existência dessas iniciativas, muitos são os fatores que ainda contribuem para dificultar um atendimento qualificado e humanizado nos Serviços de Emergência. Existe, geralmente, uma sobrecarga de trabalho aos profissionais, pelo grande número de pacientes atendidos, pela falta de leitos hospitalares que permitiriam a rápida transferência dos pacientes, abrindo espaço para novos atendimentos, e pela característica dos casos que chegam ao serviço, os quais precisam de inúmeras intervenções. Também contribuem para dificultar a organização desses serviços o aumento dos casos de acidentes e a violência, que têm forte impacto sobre o SUS e para o conjunto da sociedade. (BRASIL, 2002).

O Acolhimento com Classificação de Risco tem se mostrado uma experiência bastante positiva no sentido de organizar a entrada de acordo com as necessidades de atendimento (SHIROMA, 2008; BRASIL, 2009), porém algumas implicações referentes aos serviços de emergências ainda têm sido pouco discutidas tanto nos locais de trabalho como na literatura. Um desses aspectos diz respeito à atenção dada aos acompanhantes/familiares de pacientes críticos no momento do atendimento. O acompanhante do paciente em serviços de saúde, tanto no atendimento inicial como na permanência durante a hospitalização, é hoje uma realidade, com apoio na Carta aos Direitos dos Usuários (BRASIL, 2006a), com a Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004a) e a Visita Aberta. (BRASIL, 2007).

Sobre esse aspecto as iniciativas de inclusão dos familiares de pacientes no ambiente hospitalar visam ampliar o acesso dos visitantes às unidades de internação, de forma a garantir o elo entre o paciente, sua rede social e os diversos serviços da rede de saúde, mantendo latente o projeto de vida do paciente (BRASIL, 2007).

Nos serviços de emergência, no entanto, o acompanhante/família é muitas vezes esquecido, especialmente nos momentos críticos do atendimento. A necessidade de atenção às intercorrências graves de saúde, que colocam em risco a vida e integridade das pessoas, ao mesmo tempo em que justifica a necessidade de uma equipe capacitada e

treinada tecnicamente para o atendimento de urgência/emergência. Isso exige profissionais preparados para um atendimento humanizado, visto que na maioria das vezes, as situações surgem de modo imprevisto na vida das pessoas, envolvendo não apenas o doente, mas também sua família e rede de relações que necessitam de cuidados e atenção das equipes de saúde.

Junto com esse paciente crítico, que necessita de cuidados de saúde, normalmente se apresenta um familiar/acompanhante, necessitando de atenção e sofrendo com a dor e a possibilidades da perda de seu ente querido, própria das condições que ele se apresenta. Esse acompanhante, quando incluído nessas situações e recebe o acolhimento da equipe, pode ter seu sofrimentos diminuídos e também podendo auxiliar a equipe com informações e referências de saúde do paciente.

Prioriza-se apropriadamente nessas situações a atenção ao problema do paciente, uma vez que a manutenção da vida dessa pessoa depende, muitas vezes, da atenção recebida. No entanto, o paciente não é o único a sofrer com a doença e hospitalização; as demais pessoas envolvidas diretamente com ele compartilham a angústia, o medo e o sofrimento desse momento.

Nesse sentido, o estudo tem por objetivo conhecer o que pensam os acompanhantes/familiares de pacientes em situação crítica, atendidos no serviço de emergência hospitalar em relação ao acolhimento recebido pelos profissionais de saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa, desenvolvido numa unidade de referência para atendimento de urgência e emergência de um hospital público de ensino, localizado em uma capital, situada no sul do Brasil. A população do estudo foi obtida pela participação de 07 familiares/acompanhantes de pacientes em estado crítico de saúde, atendidos no serviço de emergência do referido hospital. Os critérios para inclusão no estudo foram: ser adulto, maior de 18 anos; familiar/acompanhante de paciente atendido no serviço em situação crítica de saúde, concordar voluntariamente em participar da pesquisa, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O estudo foi desenvolvido a partir da Pesquisa Convergente Assistencial (PCA), por entender que se trata de um caminho adequado

à investigação, uma vez que este referencial propõe uma intervenção articulada entre assistência e pesquisa. Assistir pesquisando e pesquisar assistindo é uma dos pressupostos da PCA (TRENTINI; PAIM, 2004).

A coleta de dados foi realizada por uma das pesquisadoras, que atua no referido serviço, portanto participa dos atendimentos ao paciente/família/acompanhante. Num primeiro momento, ao mesmo tempo em que prestava cuidados aos pacientes, a pesquisadora observou o que se passava com os familiares, a maneira como eram recebidos no serviço e as informações que recebiam. Após os atendimentos a pesquisadora, buscando um momento adequado, abordou cada familiar/acompanhante; explicou a pesquisa e seus objetivos e solicitou àqueles que demonstraram interesse em participar, autorização para procurá-los em outro momento, quando a situação do paciente estivesse mais estabilizada. Após esse acordo inicial, a pesquisadora marcou a entrevista em local/hora de preferência dos familiares/acompanhantes. Algumas entrevistas foram realizadas com os pacientes ainda no serviço de emergência, outras com os pacientes já internados em alguma unidade da instituição. Foi utilizada para a coleta de dados uma entrevista semiestruturada com questões abordando aspectos da atenção recebida no serviço de emergência, aspectos considerados positivos ou negativos do atendimento, expectativas e sugestões para o serviço.

A coleta de dados foi realizada em agosto de 2010, após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) sob número N° 991. Na realização da pesquisa, foi respeitada a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e os participantes foram amplamente esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa. Os familiares/acompanhantes foram identificados pela letra “F” seguida de numeração sequencial para garantir o anonimato dos sujeitos. O registro dos dados foi realizado com gravação em meio digital de voz com autorização dos entrevistados e posteriormente transcritos. A análise de dados se deu simultaneamente à coleta de dados, conforme princípios da PCA (TRENTINI; PAIM, 2004) e princípios da análise de conteúdo de Bardin (2004). Foi realizada a leitura em separado do material das entrevistas de familiares e profissionais, e dos grupos de reflexão. Após, os dados foram exaustivamente analisados, buscando as idéias centrais transmitidas pelos sujeitos da pesquisa de modo a constituírem grupos homogêneos de comunicação, considerando a totalidade das informações e foram constituídas as categorias finais de análise. Os dados foram organizados e interpretados de modo a dar visibilidade às concepções e propostas do

grupo de participantes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise das falas dos integrantes do estudo aponta tanto aspectos positivos como negativos da atenção recebida no serviço de emergência estudado, concernentes ao acolhimento, desde o pronto atendimento ao paciente até a atenção dos profissionais para com os familiares, a comunicação profissional/familiar, a necessidade de informações acerca do estado do paciente e a área física de atendimento.

O relato dos familiares/acompanhantes traz geralmente conteúdo da experiência presente, assim como de atendimentos vivenciados em outro momento de suas vidas; fazem comparações entre outros serviços e profissionais, apontando aspectos positivos e negativos das várias situações. Sobre esse aspecto pesa positivamente, na avaliação de alguns entrevistados, a confiança no serviço público e na instituição universitária.

A gente nunca acredita no serviço [público]. Não é que não acredita, eu também sou servidora publica municipal. A gente sempre fica com uma pulga atrás da orelha. Que medo de levar para o HU, cheio de estudante Depois que fiz minha universidade eu vi que as coisas não são dessa forma. Meu pai ficou internado aqui, minha mãe chegou aqui, e simplesmente. A palavra é: surpreendeu! Vocês nos surpreenderam muito! Ela chegou praticamente apagada. Correram, atenderam, foi tudo muito rápido, meu irmão ficou junto. Eu fiquei orgulhosa do serviço de vocês (F2).

Olha, pelo que eu vi ali, gostei muito, o que eu mais presenciei foi o acompanhamento de enfermeiros e médicos, então para mim não deixou a desejar, não. Porque eu já passei por outros hospitais, e é bem complicado, inclusive tem profissionais aqui dentro que estão com nota 10[...]. (F4)

O HU é a minha esperança. Eu sempre brinco com minha mãe, que aqui cada um pega por uma perna, cada um com um braço, outro pega pelo pescoço, falo assim pra descontraír. Aqui tem

médico, ... de tudo quanto é qualidade, e digo pra ela: mãe aqui a senhora está no céu [...]. (F1)

Os hospitais Universitários têm sido reconhecidos/avaliados pela sociedade como instituições de excelência no atendimento, e a população, de modo geral, faz uma avaliação positiva da qualidade da atenção nesses espaços (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS, 2001).

Um primeiro aspecto no que diz respeito à percepção dos acompanhantes/ familiares acerca do acolhimento/atendimento é o entendimento de que **Acolher é atender prontamente o paciente grave.**

Essa condição existente no serviço é avaliada positivamente, reforçando a finalidade dos serviços de emergência, ou seja, atender situações com risco para a vida humana, conforme consta na regulação dos serviços de urgência e emergência. Segundo as diretrizes destes serviços, as necessidades imediatas da população, ou necessidades agudas ou de urgência, requerem respostas rápidas e o sistema deve ser capaz de acolher a clientela, prestando-lhe atendimento e redirecionando-a para os locais adequados à continuidade do tratamento. (BRASIL, 2002). Vão também ao encontro das diretrizes do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACR) que defende a organização dos serviços de emergência não pela ordem de chegada, mas pela gravidade dos casos. (BRASIL, 2009).

Veio com a X [transporte de urgência] e entrou pela porta principal, assim um pouco foi facilitado [...]. (F5).

A entrada dela foi sossegada, ela veio da policlínica, a Dra. encaminhou a mãe para cá e facilitou. Não teve esse problema, de ter que vir passar por essa emergência, já chegou de ambulância e ficou. E já foi atendida, existiu a entrada facilitada, tentaram resumir o problema dela [...]. (F6).

Logo pegaram ele, levaram para sala de reanimação a pressão dele tava em 14, ou 15 por 9, por aí. Depois foi melhorando. Foi atendido rapidamente. (F3)

A percepção dos familiares acerca do pronto-atendimento dos pacientes graves, na realidade estudada, tem a ver, na maioria dos casos, com a adesão da instituição às políticas públicas de saúde, aos mecanismos de regulação da urgência/emergência adotados no município, além da adoção da política de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACR). (BRASIL, 2002; BRASIL, 2009). As diversas iniciativas de organização do sistema colaboram com o pronto-atendimento dos casos graves e isso gera satisfação para o usuário.

Acolher é incluir a família/acompanhante

No estudo realizado, um aspecto marcante das falas dos entrevistados acerca do acolhimento no serviço de emergência traz diversos preceitos da PNH sobre o ato de acolher. “Acolher”, em seus vários sentidos, expressa “[...] dar acolhida ou agasalho, ajudar, receber, dar crédito, dar ouvidos, abrigar” (FERREIRA, 2010, p. 43). O acolhimento, como ato ou efeito de acolher, expressa uma ação de aproximação, um “estar com” e “perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão, de estar em relação com algo ou alguém (BRASIL, 2009).

Sobre esses aspectos, a fala dos acompanhantes revela a necessidade de ser recebido pela equipe de saúde, receber informações sobre a situação do paciente, manter uma adequada comunicação com os profissionais de saúde, no sentido de poder expressar seus sentimentos e preocupações com seu familiar, conhecer o tratamento e as possibilidades do caso, ser preparado para atuar na alta hospitalar e especialmente poder permanecer junto ao paciente.

A vivência dos acompanhantes/familiares no serviço aponta que a inclusão é considerada **negativa**, quando o familiar é afastado do paciente, e **positiva** quando sua permanência no ambiente de cuidado é permitida. Sobre este aspecto, alguns entrevistados consideram que foram bem recebidos.

Todo o paciente que chega, devem deixar pelo menos um familiar ficar junto, pois, é a pessoa que sabe o que ocorreu com o paciente. Isso deveria ser em todos os hospitais [...].(F7)

Ela foi lá e me chamou [dizendo]: é importante a tua participação fica mais um pouco lá com a tua mãe, ela é que foi lá e nos chamou para ficarmos ali, isso é muito importante, eu fiquei radiante! Eu disse assim: meu Deus que atendimento maravilhoso, eu posso ficar com ela, enquanto a mãe não esta totalmente bem, foi muito

importante [...].(F2)

Historicamente, nas sociedades, a comunidade e a família desempenharam papel fundamental na vivência da doença e dos cuidados à pessoa doente. Com o surgimento dos hospitais, o avanço tecnológico, sob a lógica biológica, promoveu ao longo do tempo o afastamento da família do ambiente de cuidado. O paciente, no entanto, não é simplesmente um ser biológico, mas um ser complexo que em sua existência abarca relações familiares e amizade. A ocorrência da doença e a necessidade de internação ou de cuidados de saúde não retiram sua identidade e suas relações. Também a família é afetada pela hospitalização de um de seus membros, sofre pela possibilidade de perda, pelo desconhecimento das consequências da doença para a organização familiar e, nesse sentido, permanecer com o doente pode contribuir para fortalecer as relações familiares e o enfrentamento posterior das mudanças decorrentes da doença (BRASIL, 2009).

A permanência do acompanhante/familiar, ou seja, o “representante da rede social da pessoa internada que a acompanha durante toda a sua permanência nos ambientes de assistência à saúde”, pode contribuir, se adequadamente conduzido, para a compreensão dos procedimentos e medidas adotadas, além de melhorar a compreensão das mudanças provocadas pela doença e internação e as limitações advindas da enfermidade, colaborando com o paciente no enfrentamento de tudo isso. Incluir a família no processo dos cuidados com a pessoa doente pode aumentar autonomia do doente e de seus cuidadores. (BRASIL, 2007, p. 3).

Estudos internacionais que abordam a percepção dos pacientes sobre a presença dos familiares em situação de procedimentos invasivos e recuperação cárdiorrespiratória, apresentam resultados positivos dessa experiência. Para os pacientes, a família que permanece presente no momento dos atendimentos sentem-se seguros, ao receber o atendimento. Para esse grupo de pacientes pesquisados, a presença da família oferecem muitas vantagens e poucas desvantagens tanto para eles como para os familiares (EICHHORN, 2001).

Também Benjamin, Holder e Carr (2004), em pesquisa realizada com 200 pessoas que se encontravam em sala de espera de um serviço de emergência, mostrou que 72% dos entrevistados era favorável à presença de membros da família durante a reanimação, 56% dos entrevistados estabelecia a necessidade de algum laço familiar com o acompanhante, sendo que a maioria preferia ser acompanhado

primeiramente pelo cônjuge, seguido daqueles que desejavam pais ou filhos junto a si naquele momento. Ainda aparece, em menor percentual, a preferência por irmãos ou outras pessoas de suas relações. Muitos entrevistados manifestaram o desejo de ter mais de um membro da família presente.

As conclusões dos estudos internacionais sobre a temática traz em sua maioria, uma avaliação positiva quanto à permanência do acompanhante em situações de procedimentos invasivos e RPC. (DOYLE, 1987; RCN, 1995; EICHHORN, 2001; RCN, 2002; MACLEAN et al., 2003; ELLISON, 2003; BENJAMIN, HOLDER, CARR 2004) contribuem para pensar a situação dos serviços de saúde no Brasil, embora estejamos bem distante dessa realidade. A autonomia do paciente e a inclusão do acompanhante no ambiente hospitalar é uma discussão recente e tem se aprofundado a partir da última década. Os profissionais e instituições de saúde têm se mostrado mais sensíveis ao tema, porém muito ainda há que se trabalhar para promover mudanças na realidade. O avanço dessa perspectiva, no entanto, depende de estudos que levem os profissionais à reflexão e busquem conhecer a expectativa de pacientes e familiares em nossa realidade.

A inclusão do acompanhante/familiar na atenção à saúde, em qualquer espaço do ambiente hospitalar, pode contribuir também para o estreitamento de laços entre hospital/profissionais e comunidade, dando mais visibilidade e ampliando o conhecimento da comunidade acerca dos serviços de saúde e suas finalidades (BRASIL, 2007).

Assim, quando o acolhimento e o direito à permanência é cerceado, os entrevistados demonstram insatisfação com os profissionais e com a instituição. Sobre esse aspecto, alguns entrevistados relatam que de maneira inadequada foram retirados de perto do paciente por algum profissional ou mesmo pelo vigilante do serviço, como se pode observar nas falas a seguir:

Ontem eu não gostei, ontem ela estava lá sendo reanimada, aí o guarda vem e meu Deus, quase me botou lá fora. Mas daí falei, deixa eu ficar aqui, quero ver o estado dela. Eu cuido dela na minha casa há muito tempo, mais de 02 anos, eu sei o estado dela. E se acontecer alguma coisa com ela queria estar por perto. Mas não! Me botou pra rua, aí fiquei chateada. [...] Já pensou se ela morre e eu não vejo nem o estado dela ali? Estava bem chateada, me botaram para rua, fui, andei, andei, andei [...] Na reanimação não gostei, eu espiava pela portinha assim. O médico,

pra mim foi muito simpático. Eu espiava assim e a enfermeira, fechava a porta correndo pra eu não ver o que tava acontecendo. Eu pensava: se é minha sogra, eu tenho que ver o que tá acontecendo, eu acho que ela deveria deixar eu entrar, pegar na mão. [...] ela fica mais feliz [...] sabendo, que tem uma pessoa ali do lado dela. [...] aquilo reanima a pessoa. (F5)

Embora na chegada de uma pessoa em estado grave ao serviço de emergência a prioridade esteja no atendimento à situação que gera risco de morte ao paciente, é importante lembrar-se da família que passa por profundo estresse, e que, a continuidade da atenção, assim como a satisfação do usuário, pode ficar comprometida se os profissionais não derem a devida atenção naquele momento. Sobre esse aspecto, é inegável que em nossa realidade muitos profissionais ainda percebem o acompanhante como “elementos de obstrução ao trabalho do hospital, um “peso” a mais, uma demanda que precisa ser contida”. Falta aos ambientes hospitalares área adequada para o acolhimento e a permanência do acompanhante, além da dificuldade de compreensão da função deste na atenção do paciente, “[...] tanto por parte dos gestores quanto dos trabalhadores e dos familiares”. (BRASIL, 2007, p. 5-6). Há ainda o despreparo dos profissionais em lidar com o sofrimento e a dor dos familiares nos momentos críticos. Por isso mesmo, é fundamental o investimento na formação e capacitação profissional (BRASIL, 2007). O acolhimento do familiar/acompanhante depende decisivamente de profissionais capacitados, sensíveis à problemática do adoecer.

Acolher é manter o familiar/acompanhante informado, é comunicação

Para os participantes do estudo, o acolhimento pode ser positivo ou negativo, dependendo da forma como os profissionais se comunicam com a família e das informações fornecidas sobre o estado do paciente.

Sobre este aspecto, a maioria dos entrevistados mostrou-se satisfeito com as informações recebidas.

Lembro do profissional só não lembro do nome, veio o enfermeiro e o médico também veio, explicaram todo o caso dele, falaram que naquele momento ele estava fora de perigo, e que o pior já tinha passado, depois ele já estava se esticando porque até aquela hora, ele não estava normal, e

que dali pra frente tinha que aguardar, pra ver como é que ia ficar, a reação dele (F3).

Tudo que tinha dúvida e que perguntava, eles me respondiam, e quando foram colocar aquele cateter mais fundo no peito dela, daí perguntei o que eles iam fazer, eles disseram que iriam colocar um cateter, “não sei acho que é esse nome”, e me pediram para sair, e eu entendi, fiquei no lado de fora da sala, mas logo que terminou voltei [...].(F7)

Para alguns entrevistados, esse aspecto do atendimento deixa a desejar. Existem relatos de familiares que ficam na entrada da sala de reanimação, tentando, a cada vez que a porta é aberta, entender o que está se passando no interior; os profissionais, em sua maioria, não param para explicar o que estão fazendo, qual a situação do paciente. Mesmo após o atendimento inicial, poucas são as informações obtidas, e a comunicação com os profissionais não lhes dá subsídio para compreender a evolução do quadro do paciente. Ao contrário, quando percebem que eles estão ali, pedem para sair ou são afastados por algum vigilante do serviço, mas nada explicam, ou sequer fornecem algumas informações básicas que os tranquilizem daquele momento.

Até agora tudo bem. Só que eu não conversei com o médico ainda, não viu exames dela ainda. Hoje já falei com as atendentes e falei com as enfermeiras e falei com a chefe que ela falou que o médico ia passar agora, para gente conversar para ver qual o problema da minha mãe. O que dificulta é essa demora de esclarecimento do que realmente o paciente tem, onde é que a gente vai atacar, qual é o problema [...]. (F6)

A humanização e o acolhimento dependem da capacidade de falar e ouvir, pois as coisas do mundo só se tornam humanas quando passam pelo diálogo com os semelhantes, ou seja, quando se viabilizam nas relações e interações com o outro o diálogo. (OLIVEIRA, 2006). A comunicação, do modo como é colocada pelos familiares/acompanhantes, representa o que vem sendo defendido nas políticas públicas de saúde para a construção do SUS. A humanização

da assistência incorpora valores de participação dos usuários e de sua rede de relações na atenção à comunicação profissional/paciente/familiar, como condição para o estabelecimento de vínculos que podem amenizar as dificuldades do sistema e melhorar o acesso aos serviços de saúde. (BRASIL, 2004a; BRASIL, 2007; BRASIL, 2009).

Acolhimento é ter um ambiente adequado para estar com o paciente

Na fala dos entrevistados, aparece a todo o momento a vontade ou necessidade de permanecer junto aos seus no momento do atendimento. No entanto, do mesmo modo que afirma essa necessidade, a maioria dos familiares dá depoimentos sobre as dificuldades que percebem no ambiente para que isso aconteça a contento.

Eu pensava assim, que a gente não poderia ficar junto e a gente ficou. Isso foi muito importante. Na hora que mãe escutou a minha voz a virada de cabeça que ela deu assim [familiar repetiu o gesto de sua mãe]. Eu vi que ela estava confiante, foi muito, muito bom. [...] Eles desenvolveram o trabalho deles, claro que a gente ficou de canto pra deixar todo mundo se movimentar. (F2)

[Tratando do ambiente, familiar explica:] fiquei com ele todo o momento, desde que chegou, fiquei ali do ladinho dele até hoje pela manhã, não faltou nada, eu tava muito nervosa, mas me controlei, me deixaram a vontade, [...] (F3)

Que nem agora. É impossível ficar lá, porque eles tão tratando daquela moça (F1)

As falas dos entrevistados não ignoram as dificuldades existentes para sua permanência no local. Alguns percebem que estão muito ansiosos, que existem outros pacientes sendo atendidos, que o ambiente não oferece condições para sua permanência, mas o conhecimento dessas condições não lhes tira o desejo de estar junto. O desejo de permanecer com o paciente supera as dificuldades do ambiente.

Sobre esse aspecto, é importante refletir sobre o investimento nos serviços de modo a melhorar a ambiência e estimular a efetivação das políticas públicas de humanização. Não basta apenas instituir o acolhimento, a visita aberta, ou o direito ao acompanhante como

diretrizes da atenção à saúde; é preciso oferecer condições para que isso aconteça. Na instituição estudada, a emergência passou por reformas recentes; que de certo modo melhoraram o ambiente de atendimento e criaram espaços para o Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco, mas ainda assim muitas são as limitações. Existe no local uma sobrecarga de trabalho, e a demanda por atendimento supera as possibilidades dos profissionais e do ambiente que sempre possui pacientes em locais inadequados. Embora as condições da área física não impeçam um acolhimento adequado dos familiares de pacientes críticos, dificultam muito e os integrantes do estudo percebem essa realidade.

Sobre esse aspecto, é importante considerar que uma das implicações da humanização e do assistir no ambiente hospitalar diz respeito à inclusão das redes de relações do paciente no cuidado. Esse debate tem tomado vulto através das políticas públicas de saúde e das propostas ministeriais de ambiência, visita aberta e direitos do usuário (BRASIL, 2004e; BRASIL, 2006b; BRASIL, 2007).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Viabilizar a presença do familiar/acompanhante de pacientes em estado crítico nos serviços de emergência é um desafio no contexto da saúde no Brasil, dada as condições estruturais, que combinada à demanda desses serviços transforma o ambiente em local dificultador de práticas inovadoras de gestão e organização do trabalho e da prática assistencial.

As iniciativas desenvolvidas pelas políticas públicas de saúde no Brasil, no entanto, têm demonstrado que a inclusão dos usuários e de suas redes de relações. As políticas de regulação do sistema têm potencial para melhorar as condições de atendimento nas emergências hospitalares, e os familiares/acompanhantes, de algum modo, já percebem seus efeitos no serviço estudado.

Muitos ainda são os aspectos a serem trabalhados na realidade e podem ser observados nas falas dos entrevistados. Apesar dos limites do estudo, que abarcou um número reduzido de participantes, as respostas reforçam a necessidade de investimento na estrutura física do serviço e na capacitação dos profissionais para conviver com o acompanhante, mantendo com ele uma relação acolhedora, esclarecedora e de comunicação efetiva.

As iniciativas postas de humanização da assistência e o

reconhecimento do ser humano como ser de relações e agente de direitos sobre as questões inerentes à sua saúde e o processo de adoecer, demandam ações das instituições e dos profissionais com vistas ao acolhimento da família/acompanhante. Familiares e acompanhantes integrantes do estudo reforçam a importância e o desejo de participação nas ações que envolvem a vida e a saúde de seus entes queridos, e esse aspecto necessita ser abordado, tanto na formação dos profissionais de saúde como no cotidiano das instituições, pelos programas de educação no trabalho.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS. **Carta de Natal**. Natal, 2001. 3p.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. 3. ed. Lisboa: Edições 70, 2004. 223 p.

BENJAMIN M, HOLDER, J.; CARR, M. **Personal preferences regarding family member presence during resuscitation**. Acad Emerg Med, n. 11, p. 750-3.2004. Disponível em <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1197/j.aem.2004.01.008/pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNAHAH)**. Brasília: Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2001. Disponível em: <<http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>>. Acesso em 15 junho 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 2048/GM - Regulamentação dos serviços de urgência e emergência**. Brasília: Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2002. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/urgencia-e-emergencia/portaria_2048_B.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **HUMANIZASUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de**

atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, 2004a. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS: ambiência**. Brasília: Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, 2004b. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/impresos/folheto/04_1163_FL.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional De Atenção Básica**. Brasília: 2006a. (Série Pactos pela Saúde, vol. 4). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. Brasília: 2006b. 8 p. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_direito_usuarios_2ed2007.pdf>. Acesso em 15 jun. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: visita aberta e direito a acompanhante**. 2. ed. Brasília: Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2007. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/visita_acompanhante_2ed.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência**. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Centro de documentação do Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2010.

DOYLE CJ, Post H, et al. Family participation during resuscitation: an option. **Annals of Emergency Medicine**, v. 16, n. 6, p. 107-9. 1987.

Disponível em:

<http://www.rcn.org.uk/__data/assets/pdf_file/0006/78531/001736.pdf>
. Acesso em: 20 ago.2011.

EICHHORN, Dezra J. et al. Family Presence During Invasive Procedures and Resuscitation: Hearing the Voice of the Patient *AJN, American Journal of Nursing*. v. 101, n. 5, p. 48-55, maio 2001. Disponível em:

<http://journals.lww.com/ajnonline/Abstract/2001/05000/Family_Presence_During_Invasive_Procedures_and.20.aspx>. Acesso em: 20 ago. 2011.

ELLISON, S. Nurses' attitudes toward family presence during resuscitative efforts and invasive procedures. *J Emerg Nurs*; v. 29, p. 515–21. 2003. Disponível em

<<http://ajcc.aacnjournals.org/content/14/6/494.full>>. Acesso em: 20 ago. 2011.

FERREIRA, A. B.H. **Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa**. 5ªed. Curitiba: Positivo,2010. 2272p.

MACLEAN, SL, et al. Family presence during cardiopulmonary resuscitation and invasive procedures: practices of critical care and emergency nurses. *American Journal of Critical Care* . American Association of Critical-Care Nurses. EUA. v. 12, p. 246– 57. 2003. Disponível em

<http://www.aacn.org/wd/practice/docs/family_presence_during_CPR_11-2004.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2011.

OLIVEIRA B. R. G, COLLET N, VIEIRA C. S. A humanização na assistência à saúde. *Revista Latino-Americana em Enfermagem*. v. 14, n. 2, p. 277-84. 2006. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n2/v14n2a19.pdf>>. Acesso em 16 abr. 2010.

ROYAL COLLEGE OF NURSING AND BRITISH ASSOCIATION FOR ACCIDENT AND EMERGENCY MEDICINE. **Bereavement Care in A&E Departments – Report of the Working Group**, London, 1995. Disponível em:
<http://www.rcn.org.uk/__data/assets/pdf_file/0006/78531/001736.pdf. Acesso em: 20 ago. 2011.

ROYAL COLLEGE OF NURSING. **Witnessing resuscitation. Guidance for nursing staff**. Published by Royal College of the Nursing, London. 2002. Disponível em
<http://www.rcn.org.uk/__data/assets/pdf_file/0006/78531/001736.pdf. Acesso em 20 ago. 2011.

SHIROMA, Lícia Mara Brito. **Classificação de Risco em Serviço de Emergência no Contexto da Política Nacional de Humanização do SUS – Um Desafio para Enfermeiros/as**. 2008. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 117p. Disponível em:
<http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=136968>. Acesso em: 16 abr. 2010.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa Convergente Assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em Saúde-Enfermagem**. 2. ed. rev. amp. Florianópolis. Insular, 2004.

5.2 MANUSCRITO 2: POSSIBILIDADES E LIMITES PARA UMA PROPOSTA DE ACOLHIMENTO DE FAMILIARES/ACOMPANHANTES DE PACIENTES CRÍTICOS EM SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA

POSSIBILIDADES E LIMITES PARA UMA PROPOSTA DE ACOLHIMENTO DE FAMILIARES/ACOMPANHANTES DE PACIENTES CRÍTICOS EM SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA

POSSIBILITIES AND LIMITATIONS FOR A FAMILY MEMBER/COMPANION RECEPTION PROPOSAL FOR CRITICAL PATIENTS RECEIVING EMERGENCY SERVICES

POSIBILIDADES Y LÍMITES DE UNA PROPUESTA PARA ACOGER A LOS FAMILIARES /ACOMPAÑANTES DE LOS PACIENTES CRÍTICAMENTE ENFERMOS EN LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA

Scheila Maria Valentim Nienkotter¹
Eliane Matos²

Resumo: Estudo de natureza qualitativa, realizado na emergência de um hospital escola localizado no sul do Brasil, objetivando compreender como os familiares/acompanhantes e os profissionais de saúde atuantes em um serviço de emergência percebem o acolhimento ao acompanhante/familiar de paciente em situação crítica de saúde, assim como buscar indicativos para uma proposta de acolhimento humanizado a esses sujeitos. Participaram do estudo sete familiares de pacientes em situação crítica, atendidos no serviço, e 53 profissionais de saúde. A coleta de dados foi realizada através de entrevista semiestruturada com os acompanhantes e

¹ Enfermeira do Hospital Universitário da UFSC. Mestranda do Curso de Mestrado Profissional Gestão Cuidado do PEN/UFSC. Email: scheilanien@hotmail.com. Rua Sebastião Nogueira de Carvalho, 130. Bela Vista-1, São Jose, SC. CEP: 88-110795.

² Enfermeira chefe da Divisão de Enfermagem em Emergência e Ambulatório da Diretoria de Enfermagem (DE) do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Professora do Curso de Mestrado Profissional Gestão Cuidado do Programa Pós-Graduação de Enfermagem (PEN/UFSC). Doutora em Enfermagem pela UFSC. Membro do Grupo de Pesquisa Práxis.

profissionais. Estes últimos participaram também de grupos de reflexão para discussão da temática e elaboração de indicativos para uma proposta de acolhimento. Destaca-se nos resultados: acompanhantes consideram positivo o pronto atendimento dos casos graves, a possibilidade de permanecer junto ao paciente, a comunicação com profissionais e informações recebidas. Como negativo: afastamento do paciente, dificuldades no ambiente e falta de informações. Profissionais de saúde consideram que o acolhimento não acontece como deveria, pois o ambiente da emergência dificulta o acolhimento, profissionais não se sentem preparados para lidar com familiares de pacientes críticos. Conclui-se que uma proposta de acolhimento ao familiar/acompanhante de paciente crítico na emergência estudada depende de investimento na capacitação e sensibilização dos profissionais, melhorias no espaço assistencial ambiente, dentre outros.

Palavras chaves: Enfermagem. Serviços Hospitalares de Emergência. Família. Acompanhantes de Pacientes. Acolhimento. Equipe de Assistência ao Paciente.

Abstract: This qualitative study conducted in an emergency ward of a teaching hospital in southern Brazil aimed to better understand how family members/companions and health professionals who work in emergency services perceive the reception given to the critical patient's family members/companions, as well as to seek for indicators for a humanized reception proposal for these subjects. Seven relatives of critical patients who received the service and 53 health professionals participated in this study. Data was collected through semi-structured interviews with these companions and professionals. The latter also participated in focal groups to discuss the theme and to elaborate indicators for a reception proposal. Of the results obtained, the following were highlighted: companions considered the emergency care given to severe cases, the possibility of remaining close to the patient, communication with professionals, and the information received to be positive points, with patient separation, environmental difficulties, and lack of information as negative points. Health professionals consider that reception does not occur as it should; the emergency environment makes reception difficult; and they do not feel prepared to deal with critical patients' relatives. We conclude that a proposal to receive critical patient family members/companions in the emergency services evaluated depends on investing in professional training and awareness

and on improvements to the care environment, among other factors.

Keywords: Nursing. Hospital emergency services. Family. Patient companions. Reception. Patient care team

Resumen: Se trata de un estudio cualitativo realizado en un servicio de urgencia de un hospital universitario en el sur de Brasil, con el objetivo de comprender cómo los familiares/cuidadores y los profesionales del área de la salud que trabajan en la atención de emergencia de adultos, perciben la acogida al familiar/cuidador del paciente críticamente enfermo, así como la búsqueda de indicadores para una propuesta de atención humanizada a esas personas. En el estudio participaron siete familiares de los pacientes críticamente enfermos, atendidos en el servicio de urgencias, y cincuenta y tres profesionales del área de la salud. La recolección de datos se llevó a cabo a través de entrevistas semiestructuradas con los cuidadores y los profesionales, quienes también participaron en los grupos de enfoques para discutir el tema y elaborar un protocolo de acogida. Entre los resultados obtenidos se pueden destacar: los cuidadores consideran positivo el tratamiento de emergencia de los casos más graves, la posibilidad de permanecer con el paciente, la comunicación con los profesionales y la información recibida. Como negativo: el estar lejos del paciente, las dificultades en el ambiente y la falta de información. Los profesionales del área de la salud creen que la acogida no ocurre como debería, la difícil situación de la atención de emergencia, los profesionales no se sienten preparados para hacer frente a los familiares de pacientes críticamente enfermos. Se concluye que una propuesta de acogida a los familiares/cuidadores de pacientes críticamente enfermos en el servicio de urgencia estudiado, depende de la inversión en la formación y la conciencia profesional, así como mejoras en el entorno espacial de la atención, entre otros.

Palabras clave: Enfermería. Familia. Servicios hospitalarios de urgencia. Familia. Acompañantes de pacientes. Acogida. Equipo de atención al paciente.

INTRODUÇÃO

Nos serviços de emergência hospitalar, a discussão acerca do acolhimento ganha espaço a partir da proposta governamental de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACR), lançada

em 2004, que traça os princípios e diretrizes do acolhimento nesses ambientes, propõe protocolos que devem ser adequados a cada realidade, além de orientar a adequação dos espaços para efetivação dessa ferramenta de trabalho (BRASIL, 2009).

Segundo o Ministério da Saúde, o conceito de acolhimento não se restringe a um problema de recepção de demanda; o acolhimento na porta de entrada só ganha sentido se o entendermos como parte do processo de produção de saúde, como algo que qualifica a relação e que é passível de ser apreendido e trabalhado em todo e qualquer encontro com aquele que busca o serviço e os profissionais de saúde. Abarca atitudes de inclusão e relação com o outro, e incorpora conceitos de acesso, vínculo e resolutividade, afirmando-se como uma das diretrizes de maior relevância do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2004a; BRASIL, 2009).

Desde 2004, os serviços de saúde têm acumulado experiências envolvendo o AACR nas unidades assistenciais, algumas com resultados positivos, outras ainda com muitas dificuldades. O acolhimento como diretriz do SUS depende de inúmeros fatores, que vão desde ações e recursos governamentais para a saúde, até o envolvimento dos profissionais, no sentido de fazer acontecer essa prática na realidade, da participação dos usuários, dentre outros (BRASIL, 2009).

Nas emergências hospitalares, por exemplo, as experiências de AACR têm sido estimuladas, porém muitas são as dificuldades existentes para concretização dessa prática. As emergências hospitalares convivem com uma elevada demanda, ambientes superlotados que dificultam a permanência de pacientes e familiares, número inadequado de profissionais para o montante de trabalho, equipamentos sucateados e outros tantos problemas.

O AACR contribui para melhorar essa realidade, e alguns estudos têm demonstrado seu potencial para reorganizar o fluxo, além de estabelecer prioridades de atendimento, diminuindo o tempo de espera e contribuindo para o pronto atendimento dos casos graves que impliquem risco à vida (SHIROMA, 2008; BRASIL, 2009). Pouco se tem discutido, no entanto, sobre o acolhimento do familiar/acompanhante do paciente em situação crítica no momento em que ele chega ao serviço.

Como profissional que atua em serviço de emergência, observo que nas situações de atendimento ao paciente em situação crítica pouco se tem feito em relação ao acompanhante/familiar, que é afastado do doente permanecendo em volta do ambiente, tentando muitas vezes “ouvir” ou “ver” alguma coisa que lhe dê noção sobre o seu estad. Na

realidade em que atuo, esses doentes são levados ao serviço por situações como acidentes, doenças coronarianas, doenças gástricas como as hemorragias digestivas e doenças hepáticas, doenças pulmonares, e outras complicações, principalmente clínicas, uma vez que a instituição não tem referência para especialidades como neurocirurgia, ortopedia e cirurgia cardíaca. A característica dos casos atendidos leva à permanência prolongada (horas ou mesmo dias) dos pacientes no ambiente da Emergência, especificamente na sala de reanimação, devido à falta de leitos hospitalares e especialmente leitos para tratamento intensivo em Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), e pouca ou nenhuma atenção é dada ao familiar/acompanhante.

Visitando a literatura em saúde e enfermagem, percebe-se que, excetuando a discussão presente nas políticas públicas de saúde, poucos são os estudos na realidade brasileira abordando o acolhimento dos familiares/acompanhantes em serviços de emergência. Os estudos que tratam do tema acompanhante no ambiente hospitalar referem-se, geralmente, aos acompanhantes de pacientes em Unidade de Tratamento Intensivo (NASCIMENTO; MARTINS, 2000; GOTARDO; SILVA 2005; LEITE; VILA, 2005). Nesses estudos abordam-se as dificuldades e limites da equipe de enfermagem (NASCIMENTO; MARTINS, 2000) e da equipe multiprofissional (GOTARDO, SILVA, 2005) para lidar com o acompanhante do paciente crítico e os cuidados dispensados ao familiar no ambiente de UTI (LEITE, VILA, 2005).

Na literatura internacional, esse tema tem avançado com os indicativos e vivência prática de permanência do familiar no atendimento de Reanimação Cardiorrespiratória (PCR) e em procedimentos invasivos (EICHHORN, 2001; BENJAMIN; HOLDER, CAAR, 2004). Nas pesquisas, profissionais médicos e enfermeiros têm levantado inúmeras vantagens na permanência do familiar como testemunha das ações empreendidas durante esses procedimentos como, por exemplo, tranquilização do familiar e do paciente em relação às ações realizadas, o conforto do paciente por saber que tem alguém de suas relações próximo a si, e a segurança que tal prática proporciona aos profissionais, nos questionamentos posteriores sobre os atos realizados (MACLEAN et al., 2003; ELLISON, 2003).

A prática de permanência do acompanhante/familiar nessas situações não é isenta de avaliações negativas. Estudos apontam como problemas: o aumento dos processos jurídicos, o não entendimento do acompanhante sobre as decisões profissionais no momento e o desconforto dos profissionais pela presença do familiar. As avaliações,

entretanto, têm mostrado mais aspectos positivos do que negativo, e nos países que adotaram tais práticas, as associações profissionais têm indicado a criação de protocolos e diretrizes institucionais que estimulem a permanência dos familiares nos serviços de emergência durante o atendimento, o que parece ser uma tendência futura nos serviços de saúde (ELLISON, 2003).

Os debates internacionais contribuem para pensar nossa realidade, pois conforme defende o Ministério da Saúde (BRASIL, 2007, p. 10), “[...] o espaço hospitalar pode ser percebido pela pessoa doente e seu acompanhante como um lugar seguro quando nele os profissionais de saúde atuam como promotores e guardiões da integridade da vida”. A família e as pessoas das relações do paciente quando bem acolhidos podem desenvolver uma boa integração com os profissionais e tornarem-se parceiros, compartilhando momentos difíceis, escolhas e contribuindo no processo de tratamento, reabilitação e recuperação de pacientes graves. “Experiências nesse sentido têm potencial para induzir os familiares a reproduzir “em casa” as atitudes e os comportamentos recomendados, tornando o espaço residencial um lugar reabilitador, um verdadeiro ambiente de vida ajustado à situação de cuidado” (BRASIL, 2007, p. 10).

A percepção dessa realidade originou a realização do presente estudo, cujo objetivo foi compreender como os familiares/acompanhantes e profissionais de saúde atuantes em um serviço de emergência percebem o acolhimento ao acompanhante/familiar de pacientes em situação crítica de saúde, assim como buscar indicativos para uma proposta de acolhimento humanizado a esses sujeitos.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa, desenvolvido numa unidade de referência para atendimento de urgência e emergência de um hospital público de ensino, localizado em uma capital de Estado do sul do Brasil. O estudo incluiu a participação de profissionais de saúde e familiares/acompanhantes de pacientes em situação crítica, em atendimento no serviço e foi realizado em duas etapas de coleta de dados: entrevistas e grupos de reflexão. Foi desenvolvido a partir da Pesquisa Convergente Assistencial (PCA), por ser um caminho adequado à investigação, uma vez que esse referencial propõe uma intervenção articulada entre assistência e pesquisa. Assistir

pesquisando e pesquisar assistindo é um dos pressupostos da PCA (TRENTINI; PAIM, 2004).

Os acompanhantes/familiares participaram do estudo respondendo a uma entrevista semiestruturada, e participaram dessa etapa sete acompanhantes/familiares de pacientes.

Os profissionais de saúde que atuam no serviço participaram da etapa de entrevista e/ou dos grupos de reflexão. 42 profissionais responderam às entrevistas (três médicos, 20 enfermeiros, 25 técnicos de enfermagem, um auxiliar de enfermagem, um psicólogo e 03 assistentes sociais). Vinte e quatro profissionais participaram dos grupos de reflexão. Dos que participaram do grupo de reflexão, 13 haviam respondido anteriormente às entrevistas e 11 participaram somente da última etapa. No total, incluindo a participação nas entrevistas e no grupo de reflexão, participaram da pesquisa 53 profissionais integrantes do serviço de emergência estudado.

Utilizou-se como critério de inclusão dos familiares/acompanhantes: adulto maior de 18 anos, acompanhante do paciente em situação crítica de saúde no momento de chegada deste ao hospital, aceitar participar da pesquisa. Para os profissionais de saúde os critérios de inclusão foram: ser profissional de saúde e atuar na Emergência Adulto do referido hospital, independentemente do tempo de atuação e da categoria profissional, e aceitar participar do estudo em qualquer etapa (entrevista ou grupo de reflexão). Os participantes concordaram voluntariamente em participar da pesquisa, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A coleta de dados aconteceu entre os meses de novembro de 2010 a junho de 2011, após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, sob número N° 991, e respeitou a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares. Aos participantes foi assegurado o direito de desistir da pesquisa a qualquer momento, sem necessitarem justificar a desistência. As falas dos familiares/acompanhantes foram identificadas pela letra F seguida de uma numeração sequencial. Os profissionais foram identificados pela letra inicial da profissão, seguida de numeração sequencial, a fim de evitar a identificação dos sujeitos.

A etapa de coleta de dados foi realizada por uma das pesquisadoras que atua no referido serviço e portanto participa dos atendimentos ao paciente/família/acompanhante. A entrevista realizada com os familiares constou de perguntas envolvendo o atendimento recebido na emergência, no momento de chegada do paciente, aspectos

positivos e negativos do atendimento e sugestões para melhoria do serviço. Esse material foi utilizado para apresentar aos profissionais e aos anseios e necessidades do acompanhante/familiar, no tocante ao acolhimento, estimulando o debate e a formulação de propostas para o acolhimento no serviço. A entrevista com os profissionais abordou sua percepção sobre o acolhimento ao familiar/acompanhante de pacientes em situação crítica no serviço, responsabilidades e envolvimento do profissional no acolher, posição do profissional, ações desenvolvidas no acolhimento e relação com a família/acompanhante, além das propostas de ações para melhorar o acolhimento do familiar/acompanhante de paciente crítico.

Foram realizados dois grupos de reflexão dos quais participaram diferentes profissionais. Os grupos foram organizados de modo a apresentar aos participantes os resultados das entrevistas com familiares/acompanhantes e o resultado das entrevistas com os profissionais. Os aspectos mais significativos das entrevistas foram discutidos nos grupos, e os profissionais apontaram a partir daí indicativos para a elaboração de uma proposta de acolhimento aos familiares de pacientes em situação crítica atendidos no serviço, bem como as insuficiências presentes nesse debate que dificultam a proposta.

Os dados obtidos nas diversas etapas do estudo foram analisados considerando a leitura das informações e foram reunidos por semelhança, formando as unidades temáticas que originaram as categorias de análise (BARDIN, 2004). Na PCA, a fase de análise de dados acontece simultaneamente ao momento de coleta, uma vez que a cada passo é repensado com o coletivo dos sujeitos envolvidos na pesquisa, os achados e as possibilidades de implementação de mudanças na prática. O novo conhecimento vai sendo construído no processo por e com os integrantes da pesquisa. A análise das falas dos integrantes do estudo deu origem às categorias: **percepções e expectativas do familiar/acompanhante quanto ao acolhimento no serviço de emergência; O acolhimento de familiares/acompanhantes de pacientes críticos em serviço de emergência: percepções de profissionais de saúde no qual se incluem as subcategorias: o que é acolher em serviço de emergência; o acolhimento ao familiar/acompanhante de pacientes em situação crítica; presença/permanência do familiar no momento do atendimento.** Por último apresentam-se os **indicativos para uma proposta de acolhimento aos familiares/acompanhantes de pacientes em situação crítica.**

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Percepções e expectativas do familiar/acompanhante quanto ao acolhimento no serviço de emergência

Os integrantes do estudo apontam em suas falas tanto aspectos positivos como aspectos negativos da atenção recebida no serviço de emergência estudado, os quais dizem respeito ao acolhimento, destacando-se positivamente:

A atenção dos profissionais para com os familiares, a comunicação profissional/familiar:

Teve uma médica, não lembro o nome dela, mas bem atenciosa, nos tranqüilizou bastante, o quadro dele era crítico, assim que a gente chegou, era bem alarmante, era crítico, mas, foi bem atendido [...] (F-4).

A necessidade de informações acerca do estado do paciente:

[...] acho que informações não faltaram, falam mais do que é , eu sou otimista , eles me assustam , mas eu não me assusto, ontem me mandaram chamar a família toda, olha, o Homem lá de cima que sabe, ontem me perguntaram de novo, se eu sabia da gravidade, justamente a minha cunhada, já assustou as irmãs [...] (F5).

A satisfação com a agilidade do serviço no atendimento ao doente grave e a confiança na instituição universitária:

Vocês nos surpreenderam muito, na hora que ela chegou praticamente apagada, correram , atenderam , foi tudo muito rápido, o meu irmão ficou junto, à nora, eu cheguei, a gente fez a troca, não é, então foi tudo muito rápido, assim foi surpreendente, eu fiquei orgulhosa do serviço de vocês [...] (F-2).

Como aspectos negativos destacam-se a impossibilidade de permanecer junto ao paciente no momento do atendimento, os entraves colocados pelos profissionais e as limitações do ambiente.

Na reanimação não gostei, vou voltar a dizer, eu

espiava pela portinha assim , o médico, pra mim foi muito simpático, né eu espiava assim , a enfermeira, fechava a porta correndo pra mim não ver o que tava acontecendo, eu disse(pensava) , se é minha sogra, eu tenho que ver o que ta acontecendo, eu acho que ela deveria deixar eu entrar , pegar na mão dela, se eu pego na mão dela, (aí me arrepio toda guria), se eu pego na mão dela, ela fica mais feliz, [...] (F-5).

As necessidades e expectativas de acolhimento abordadas por familiares/acompanhantes envolvem a necessidade de permanecer junto ao paciente, o estabelecimento de relações acolhedoras, comunicação adequada, informações frequentes e precisas, atendimento imediato aos casos graves, além de melhorias no espaço físico, de modo a acomodar melhor o paciente e permitir a permanência do acompanhante. Tais aspectos são defendidos pelas políticas públicas de saúde como fundamentais para uma boa prática e representam os anseios de familiares/acompanhantes. Reforçam a necessidade dos usuários do SUS de exercerem sua autonomia e direito de cidadãos em todos os momentos e espaços da atenção à saúde (BRASIL, 2004a; BRASIL, 2009).

Na expressão dos acompanhantes, a questão da comunicação permeia os diversos aspectos abordados como necessários a um acolhimento humanizado. Nesse sentido, uma proposta de acolhimento a esses sujeitos precisa considerar o agir comunicativo, ou seja, o estabelecimento de uma relação interpessoal entre profissional e familiar, que possibilite o ouvir e o falar, com participação ativa de ambos no diálogo. Compreendendo o que acontece, se as ações realizadas, bem como as possibilidades e limites de cada caso contribuírem para a construção de projetos e ações terapêuticas, o familiar poderá perceber melhor os resultados da atenção ao doente. Assim, o desfecho de cada caso (positivo ou negativo) poderá ser melhor aceito (HABERMAS, 2003). A comunicação com o usuário nos serviços de saúde é uma condição fundamental para a satisfação do usuário, o estabelecimento de vínculos profissional/paciente e melhorar a atenção e o acesso aos serviços (BRASIL, 2004a; BRASIL, 2009).

O acolhimento de familiares/acompanhantes de pacientes críticos em serviço de emergência: percepções de profissionais de saúde

Na busca por indicativos que possibilitassem a construção de uma

proposta de acolhimento aos familiares/acompanhantes de pacientes em situação crítica de saúde no serviço de emergência, buscou-se conhecer os entendimentos dos participantes acerca do tema, o que originou a sub-categoria: **O que é acolher em serviço de emergência?**

As falas dos integrantes do estudo destacam o acolher como o atendimento inicial, a chegada, o primeiro contato, que inclui aspectos relacionais como o envolvimento pessoal, receber, ouvir, conversar, explicar a situação, olhar nos olhos, comunicação adequada, informação do estado de saúde no momento, respostas, troca de informações e formação de vínculo. Tudo isso pressupõe o acesso, a classificação de risco, a priorização da urgência e emergência e o atendimento às necessidades do momento, com base no atendimento humanizado.

É como se fosse um atendimento inicial, a primeira chegada do paciente ou do familiar e para onde a gente vai direcionar o atendimento (M-1).

É o momento de acolher mesmo aquela demanda que o usuário traz ou que a família traz, é o momento de uma escuta mais qualificada. Sem julgar. [...] No serviço social a gente também tem o acolhimento como uma intervenção, que o momento de troca de informações, de criar um vínculo com a família e com paciente para poder está fazendo intervenção. Compreende informação compreende o acesso. [...] é a etapa inicial desse acesso. O acolhimento, ele trás a perspectiva da humanização desse atendimento (AS-1).

É receber, acolher, ouvir, orientar, tudo isso faz parte do acolhimento. [...] Não é só na hora que a pessoa chega. Não é só a recepção. [...] Acolher é você dar isso que eu falei: atender, ouvir, responder, dar esse suporte durante todo o tempo que a pessoa [está] no hospital, não é? Você estar respondendo essas necessidades do paciente e do acompanhante (E-7).

Os entendimentos dos participantes sobre o acolhimento integram os pressupostos das políticas públicas do Brasil acerca da humanização da assistência (BRASIL, 2004a), do acolhimento com avaliação e

classificação de risco (BRASIL, 2009) proposto para os serviços de emergência. Isso demonstra que os trabalhadores de saúde não estão alheios às diretrizes de construção do SUS em nossa realidade. Sobre esse aspecto, pesam significativamente na compreensão dos trabalhadores os esforços empreendidos pelas instituições de saúde que integram o SUS em fazerem valer as políticas públicas, preparando os profissionais para transformá-las em realidade. Na instituição estudada, muitos trabalhadores participaram de capacitações sobre o AACR, no ano de 2007, quando o serviço incorporou esse instrumento à sua realidade. Embora o acolhimento durante esse período tenha passado por descontinuidades e apresente problemas em sua efetivação na prática, a discussão acerca de seu potencial para melhorar as condições de atendimento no serviço está presente entre os trabalhadores.

Tratando especificamente do **acolhimento ao familiar/acompanhante de pacientes em situação crítica**, a fala dos integrantes do estudo revela que ele não acontece, ou não acontece como deveria, faltando estrutura física e pessoal preparado para realizar o acolhimento. Os familiares geralmente ficam desamparados, sem informações, e não existe fluxo ou organização definida no serviço para o acolhimento.

É bem precário, não é adequado, acaba se esquecendo da família (E-1).

Ele fica bem desamparado, ficam pro lado de fora, sem ter noção nenhuma do que tá acontecendo lá dentro, sem ter informação do que ta acontecendo, às vezes a gente nem sabe que aquele é o acompanhante dele [...] (TE-1).

A equipe se envolve com o paciente e deixa o familiar de lado (P-1).

Eu não consigo ver. Acho que não há esse acolhimento. O que a gente vai passar depois é informações sobre o estado de saúde do paciente. Vai responder o que o familiar quer perguntar e nem sempre responde concreto. Não, porque ele fica sempre em segundo plano, então não é feito (TE-9).

A fala da maioria dos participantes do estudo confirma as

percepções iniciais de que a equipe de saúde ainda não está atenta ao familiar/acompanhante do paciente em situação crítica. Assim, percebe-se que, embora os profissionais conheçam e aprovem os indicativos e diretrizes da PNH, sua atenção nas situações de urgência/emergência está centrada no atendimento ao doente, esquecendo-se da família, elo importante numa atenção humanizada (BRASIL, 2004a).

Dentre os profissionais entrevistados, alguns acreditam que o acolhimento no serviço de emergência acontece efetivamente dentro das possibilidades da equipe a cada momento.

Eu não vejo nenhuma postura desacolhedora deles, eu acho que eles acolhem na medida do que dá. Às vezes a emergência fica bastante tumultuada que nem sempre tu consegues dar o atendimento da forma que tu gostarias (E-11).

Ocorre, mas ocorre de forma bem atrapalhada, acompanhante fica em pé, espiando pela porta, abrindo a porta para olhar e ver o que tá acontecendo e tudo é conversado de corredor (M-1).

Considerando que as falas dos profissionais sobre o acolhimento do familiar/acompanhante do paciente crítico revelam majoritariamente que o mesmo não acontece a contento, buscou-se compreender de que modo e se o profissional se sente responsável pelo acolhimento.

Tratando-se de **responsabilidade sobre o acolhimento**, um aspecto ressaltado pelos entrevistados diz respeito ao sentimento de despreparo para lidar com o familiar nas situações graves, medo de expor a situação e de se envolver. Nesse sentido, alguns consideram que a abordagem deveria ser realizada pelo profissional de Psicologia, pois são mais bem preparados.

Eu tive dificuldade de abordar a família. [...] A gente tem limitações mesmo. Então, eu acho que um Psicólogo iria ajudar bastante [...] (M-1)

Eu estou falando por mim. Precisa ter esse preparo, sabe? Porque às vezes a gente se envolve de tal forma que deixa o profissionalismo de lado e fica o emocional. E aí eu acho, acho não, tenho quase certeza, a gente se perde um pouco porque na realidade tu estás aqui pra ajudar, pra solucionar, pra contribuir, pra somar,

e na realidade às vezes o problema é tão grande que tu te imagina na cena e aí tu te envolve com o paciente, por isso eu acho assim maravilhoso se tivesse assim uma preparação pra atender esse acompanhante que realmente a gente não tem (TE-12).

A gente tem a psicóloga aqui dentro e a psicologia não atua dentro da reanimação, mas ela poderia estar atuando no lado de fora nesse momento. Só que a maioria das vezes a psicologia não está aqui na reanimação, eles têm outras atividades (E-7).

Eu acho que a situação emocional do trabalhador... A gente é bem vulnerável as situações que chegam. A gente se vê atendendo alguém que poderia ser da família muitas vezes não é? (AS-1).

Eu acho que os enfermeiros não têm essa preocupação do acolhimento do familiar. Eles têm a preocupação do atendimento, e se o paciente vai para UTI, eles acham que depois a responsabilidade toda é da UTI (E-8).

No processo de trabalho em saúde, o objeto de trabalho é outro ser humano; a ação profissional nessa perspectiva é marcada por subjetividades. A assistência ao paciente em situação crítica coloca os profissionais diante de suas próprias fragilidades; ele mesmo pode adoecer e morrer, o acompanhante/familiar pode ser alguém de suas relações. Desse modo, as ações junto aos familiares os fazem perceber a limitação da vida e sua própria vulnerabilidade como ser humano. Sobre esse aspecto, um estudo realizado anteriormente em uma realidade em que os pacientes estão sujeitos a dor e sofrimento, sob cuidados paliativos, aponta que os trabalhadores também têm a expectativa de atuação do profissional psicólogo junto ao doente e sua família, por entender que esse profissional tem maior preparo para o enfrentamento da situação (MATOS, PIRES, RAMOS, 2010).

O reconhecimento do profissional de Psicologia como alguém mais bem preparado para atuar nessas situações remete também a pensar a formação do profissional de saúde, centrada na cura e recuperação do

doente. Nas ocasiões em que o controle sobre o resultado de suas ações se torna muito tênue (nas emergências), há uma tendência do profissional a afastar-se daqueles envolvidos com a dor e o sofrimento. Essa condição é especialmente visível na profissão médica, mas também na enfermagem.

Outro aspecto a ser considerado é a necessidade de acompanhamento e sustentação para os próprios trabalhadores que atuam com pacientes graves, convivendo frequentemente com a morte e o sofrimento humano. A admissão da falta de preparo para o atendimento da família nessas condições pode estar originando uma demanda de atenção. Assim, conviver com tais situações exige que o trabalhador mobilize sua subjetividade no trabalho, e as instituições de saúde deveriam responder a essa realidade reconhecendo e apoiando o trabalhador.

Ainda em resposta a essa pergunta, alguns entrevistados consideram a abordagem do familiar/acompanhante uma tarefa da equipe e deve ser realizada em conjunto:

A gente tem que saber bem as informações que vão ser passadas, porque é um momento que não se sabe muito bem o que é que se vai ser feito... Nós também temos a responsabilidade de passar essas informações e de ajudar, mas assim em conjunto (E1).

A alternativa de atuação interdisciplinar é uma estratégia defendida pelas políticas públicas de humanização, como alternativa para superar as dificuldades presentes no trabalho em saúde (BRASIL, 2004a). Do mesmo modo, estudos que abordaram a atuação das equipes de saúde na perspectiva interdisciplinar apontam que a atuação profissional, segundo a lógica da interdisciplinaridade, tem potencial para auxiliar os profissionais a manterem a saúde mental e prosseguir no trabalho quando do envolvimento em situações de extremo sofrimento. A característica do trabalho interdisciplinar possibilita o planejamento conjunto das ações, a articulação de saberes e possibilita a institucionalização de espaços para o diálogo e a colaboração, permitindo que seus integrantes expressem sentimentos e construam coletivamente modos de protegerem um ao outro, cuidando dos que realizam esse trabalho necessário, que é cuidar do paciente em situação crítica e do familiar (MATOS; PIRES; RAMOS, 2010).

Para a maioria dos integrantes do estudo, a abordagem do familiar/acompanhante é tarefa do profissional médico, pelo menos inicialmente, pois a esse profissional cabe o diagnóstico e, portanto, é

quem melhor pode responder aos anseios dos familiares.

Poderia ter um outro profissional para estruturar isso de uma forma mais organizada, mas tem que ter o papel do médico bem forte ali (M-1).

Eu acho o médico que fez o atendimento e não pode ser nem o doutorando. O médico que fez o atendimento tem que conversar com a família e acolher a família do ponto de vista médico clínico [...] Essa responsabilidade você não pode delegar a um médico em treinamento que é um residente muito menos a um doutorando que não é nem médico (M-2).

Eu me considero responsável. Eu tento o que eu posso, eu tento fazer. Só que quem [...] quem pode falar sobre o caso é o médico (TE-2).

A gente não pode dar, porque são informações de diagnósticos da medicina, óbito a gente não pode tá falando; então, nesse caso, a gente tem uma barreira precisa de uma pessoa (E-6).

Entre os profissionais, porém, há aqueles que se consideram co-responsáveis pelo acolhimento:

[...] Sim, eu fazendo parte da equipe de saúde, dando os primeiros atendimentos, sabendo do quadro do paciente, eu acho que a responsabilidade que a gente tem da equipe de enfermagem ainda mais que é a equipe que passa maior tempo com os pacientes é muito importante. [...] Porque a gente tem aquela idéia de que às vezes o acompanhante incomoda porque vai de perguntar coisas que você não vai saber responder. A gente joga né? “Isso aí é só com o médico” “isso não sei o quê” “eu não vi”, mas eu acho que a minha função como enfermeira é primordial (E-2).

As políticas públicas trazem o acolhimento como uma tarefa multiprofissional, uma atitude de escuta por parte de todos aqueles que têm contato com o paciente/familiar nos serviços de saúde, que

estabelecem vínculos com os usuários do sistema. (BRASIL, 2009).

Nesse sentido, o usuário pode ser acolhido por qualquer profissional da equipe de saúde, que procedendo a escuta, escutando as queixas, os medos e expectativas, identificando riscos e vulnerabilidades, coloca em ação uma rede multidisciplinar de compromisso com o usuário. Nesse processo, responsabiliza-se por dar respostas aos sujeitos envolvidos, sem deixar de observar as competências profissionais envolvidas. O acolhimento coloca-se, não como um ato isolado, mas como dispositivo capaz de acionar redes internas, externas e multidisciplinares comprometidas com as respostas às necessidades dos cidadãos. (BRASIL, 2009). No entanto, a hegemonia médica na produção dos serviços de saúde não pode ser desconsiderada, o hospital ainda é um local da reprodução da lógica tradicional de organização do trabalho em saúde, “um espaço de reprodução dos poderes das corporações profissionais” (CARAPINHEIRO, 1998; FEUERWERKER; CECÍLIO, 2007, p. 969).

O médico é responsável pelo diagnóstico e tratamento das doenças e essa condição impõe constrangimentos e limitações à atuação da equipe multiprofissional. Para que se efetive o acolhimento em serviço de emergência, é indispensável a adesão dessa categoria aos projetos, além de mudanças nas relações de poder entre as profissões e na relação entre profissionais e usuários (CARAPINHEIRO, 1998; FEUERWERKER; CECÍLIO, 2007, p. 969).

Questionados sobre a possibilidade da **presença/permanência do familiar no momento do atendimento**, a maioria dos integrantes do estudo entendem que essa condição é inadequada:

Mas não dá para dizer que não atrapalha, né? Porque a gente muitas vezes tem que interromper o que ta fazendo para estar dando atenção (M-1).

Nesse período, se você tem um familiar que vai estar envolvido emocionalmente com tudo que você está fazendo, é complicado. Eu sei que para o familiar é importante ele estar vendo, acompanhando, visualizando. Às vezes, se o paciente estiver consciente também é importante a família, mas ele também sabe que nessa fase às vezes a presença do familiar atrapalha (M-2).

Ajudar o paciente, não ajuda. Porque geralmente ele não vai ficar lá com o acompanhante, dentro da reanimação, porque o atendimento que se

presta ali é mais emergencial não dá para ter um acompanhante [...] ali dentro ele mais atrapalharia do que ajudaria (E-7).

A prática de permanência do acompanhante/família junto ao paciente nos ambientes hospitalares é uma condição ainda recente na realidade brasileira e vem acompanhada da idéia de autonomia dos sujeitos, de participação democrática nas instituições e serviços. Nos serviços de saúde, esse movimento tem crescido substancialmente, a partir da Reforma Sanitária e das idéias de inclusão dos usuários como os maiores interessados em sua vida e saúde. Esse movimento tem resultado em políticas públicas de humanização que incluem a visita aberta, a ambiência nos espaços de produção em saúde, de modo a promover um ambiente acolhedor, com participação das pessoas das relações dos usuários. Fruto desse movimento é também a Carta dos Direitos dos Usuários do SUS (BRASIL, 2006), fundamentada em seis princípios básicos de cidadania, os quais asseguram ao cidadão o direito básico ao ingresso digno no sistema de saúde, seja ele público ou privado, sendo uma importante ferramenta de controle social na atenção à saúde (BRASIL, 2001; BRASIL, 2004a; BRASIL, 2006).

As políticas de saúde, no entanto, não acontecem simplesmente pelo desejo de grupos ou de ações governamentais; é necessária a reflexão dos profissionais e sua adesão nos microespaços de trabalho.

Embora a postura majoritária dos profissionais seja pela não permanência do familiar/acompanhante no ambiente assistencial, no momento do atendimento, após a discussão em grupos focais, colocados diante da fala dos acompanhantes, parte dos entrevistados mostra-se sensível aos anseios desses sujeitos. Por isso, problematizam a situação e iniciam o debate, percebendo as dificuldades existentes na realidade, bem como os limites pessoais e coletivos para essa prática.

Na verdade a mudança de área física. Eu coloquei uma sala de apoio adicional para que cliente possa ficar a gente possa estar dando esse acolhimento de uma forma mais adequada ou quem tá fora o enfermeiro que está fora, o técnico ou o psicólogo, possa assistir porque agora a gente não tem [...] (E-3).

No momento o acolhimento não é exclusividade da enfermagem tão pouco somente da psicologia; eu acho que todo mundo pode estar

disponibilizando ações ou familiares nesse momento eu acho também a questão de explicar os procedimentos; eu acho também pertinente (E-2).

Eu acho muito importante que ele fique, que ele tenha acesso, eu acho que é uma forma de tranquilizar (E-5).

Diante das limitações percebidas na realidade, a maioria dos profissionais considera que boa parte dos problemas de acolhimento poderia ser resolvida ou melhorada se houvesse no serviço um **ambiente adequado para a permanência dos familiares:**

Colocar essa pessoa um pouco mais reservada, até pra evitar assim os curiosos (TE-3).

Se tivesse um local que ele pudesse sentar e esperar a gente dar informaçã, acho que ao mesmo tempo pudesse ver o que está acontecendo. Não, realmente eles estão se dedicando, estão fazendo alguma coisa por ele, ou não tem ninguém fazendo... Normalmente o que é que você faz? Coloca-o para a recepção (E-3).

A fala dos entrevistados sobre esse aspecto revela um conteúdo de reconhecimento das necessidades do familiar em saber o que está sendo feito com o paciente, assim como o reconhecimento de que falta uma real acolhida ao familiar/acompanhante que é afastado do local. A justificativa das dificuldades do ambiente não é improcedente. Normalmente, a emergência em estudo convive com um quantitativo de pacientes internados, em observação ou atendimento bem superior a sua capacidade. É comum que corredores e espaços entre portas tenham macas ocupadas com pacientes aguardando leitos e que, por falta de melhores condições, fazem o tratamento necessário aquele ambiente. Embora a emergência em estudo tenha passado por algumas reformas e ampliação de espaço, a demanda sempre é superior às possibilidades de atendimento, e essa condição acaba interferindo negativamente no acolhimento ao familiar/acompanhante. Sobre esse aspecto, as políticas públicas apontam como norteadora da gestão dos hospitais a ambiência para facilitar a participação /inclusão da família. No entanto, para ser

facilitado esse processo há que se priorizar os espaços com investimentos (BRASIL, 2004b; BRASIL, 2007).

As considerações dos profissionais sobre a necessidade de um espaço adequado à permanência do familiar, no entanto, apresentam um conteúdo de exclusão dos familiares no momento do atendimento da urgência/emergência. A manutenção do familiar em ambiente específico, distanciado da área assistencial, protege o profissional do enfrentamento das dificuldades de lidar com os aspectos emocionais da vivência da doença em seu momento mais crítico. Estudos internacionais, abordando a presença do familiar no momento de recuperação cardiopulmonar e em procedimentos invasivos, apontam que nos momentos iniciais, quando da adoção dessa prática, muitos profissionais mostraram-se resistentes a esse procedimento. O tempo, porém, tem mostrado que essa é uma prática possível e uma tendência mundial no atendimento aos pacientes nos serviços de saúde (EICHHORN, 2001; TERRY, 2002; BENJAMIN; HOLDER; CAAR, 2004).

Quanto à relação estabelecida com a família/acompanhante nos momentos de atendimento ao paciente crítico, os profissionais destacam que é uma condição importante, pois **o acompanhante é transmissor de informações.**

Tem que ter mesmo, porque tem muita informação que a gente não consegue de jeito nenhum com o paciente (M-1).

Tu podes até acolher o acompanhante depois, para saber um pouquinho mais da história antes da situação que ele chega(?) (TE-10).

Na chegada do paciente, é extremamente importante porque essa pessoa vai estar te dando todas as informações que tu precisa com relação ao paciente (E-9).

A noção de humanização e do próprio acolhimento pressupõe uma relação de troca, de ajuda entre usuários, família e profissionais de saúde. O usuário e sua família são os principais interessados em fornecer informações úteis que auxiliem a tomada de decisão dos profissionais. Há que se observar, no entanto, o outro lado desta relação. Também o usuário tem direito a informações sobre o seu estado de saúde, e essas são extensivas aos seus familiares quando o mesmo não

estiver em condições de exercer sua autonomia (BRASIL, 2006). O estabelecimento do processo comunicativo inclui os dois sujeitos (profissional e familiar/acompanhante) num entendimento mútuo da implicação de ambos para o sucesso da atenção. Considerando os dois lados da relação, é inegável a importância das informações dadas pelo familiar para a tomada de decisão do profissional, porém os profissionais precisam refletir sobre a contrapartida: o adoecimento de uma pessoa na família afeta todos os seus membros e também os familiares necessitam de informações.

Indicativos para uma proposta de acolhimento aos familiares/acompanhantes de pacientes críticos em serviço de emergência

As falas dos entrevistados (familiares/acompanhantes e profissionais) e as discussões dos grupos de reflexão com os profissionais trouxeram contribuições, ainda que iniciais, para se pensar uma proposta de acolhimento ao familiar/acompanhante de pacientes críticos no serviço.

Uma coisa que deveria de ter na emergência 24 horas por dia junto com a gente seria o Psicólogo, que ele já faria esse papel de pegar algumas informações, mas para informar, trabalhar essa coisa (E-1).

Imediato é apenas criar fluxos. A emergência, ela está estruturada hoje em termos de recursos humanos para poder fazer tudo isso acolhimento com classificação de risco, acolhimento do acompanhante humanização do atendimento; apenas precisa organizar (M-2).

É um local para deixar esse acompanhante na situação em que o paciente vá para reanimação e que se agrava o quadro (TE-2).

O que precisaria é que a equipe enquanto grupo mesmo percebesse que é responsável atender aquele familiar também. Enquanto alguns estão lá na reanimação, naquele momento da crise atendendo o paciente, alguém já se dispusesse a ir atender essa família explicar o que está acontecendo minimamente [...] Acho que teria que ser uma coisa continuada assim se fosse trabalhar com uma capacitação teria que

trabalhar com uma coisa continuada assim de tempos em tempos poder rediscutir a situação (P-1).

De mais imediato é capacitar os profissionais para entender o pouco que é que é esse acolhimento o que de cada profissão ta intervindo para a gente conhecer mais esse acolhimento e fazer mesmo a capacitação. [...] Acho que é responsabilizar o profissional por esse cuidado que é um cuidado diferenciado que não é só de determinada profissão é de todos e inclusive dos médicos está fazendo isso e de não só da o diagnóstico e muitos procuram fazer acompanhar enfim de uma forma geral (AS-1).

Considerando as principais contribuições dos integrantes do estudo, uma proposta de acolhimento ao familiar/acompanhante de pacientes em situação crítica no serviço de emergência necessita considerar:

- a participação de todos os profissionais envolvidos no ato de acolher e também uma definição dos profissionais que devem estar presente no acolhimento, atendendo a demandas específicas, tais como a Psicologia e o profissional médico;
- preparo de ambiente confortável e reservado para a permanência do familiar;
- estabelecimento de fluxos de acolhimento, definindo as pessoas envolvidas e o papel de cada profissional na atividade;
- ampliação dos horários e momentos de visita aos pacientes;
- sensibilização dos profissionais para a presença do acompanhante/familiar no ambiente de atenção, quando possível, e se ele assim o desejar;
- capacitação profissional contínua, envolvendo o desenvolvimento da habilidade de comunicação e sensibilizações para o acolhimento;
- pronto atendimento às necessidades do doente grave.

Acompanhante/ familiar de paciente em situação crítica; o acolhimento possível: algumas considerações

As diversas sugestões que compõem os indicativos para uma proposta de acolhimento aos familiares/acompanhantes de pacientes

críticos, em serviço de emergência, estão contempladas nas políticas públicas de humanização da assistência. Para acolher é necessário ter profissionais preparados técnica e humanisticamente, além de desenvolver a sensibilidade, cumplicidade e vínculo com o usuário, aumentar os espaços de acesso à família/relações do doente com projetos de visita aberta, programas de educação permanente para os profissionais de saúde e projetos de ambiência que ofereçam conforto e condições de acompanhamento aos familiares.

O resultado da investigação com os acompanhantes/familiares e profissionais de saúde, no entanto, evidencia tanto o potencial do grupo para buscar alternativas que beneficiem os envolvidos, como aponta os limites existentes para que essa proposta se concretize na realidade. O estudo, neste sentido, representou o início do debate. A viabilidade de uma proposta concreta de acolhimento depende da continuidade da discussão e de ações institucionais que potencializem o espaço aberto pelo estudo, a fim de que profissionais, pacientes e familiares negociem possibilidades de acolhimento na prática.

Compreender a noção de acolhimento e sua importância no contexto da humanização, no que se refere ao familiar do paciente crítico em emergência hospitalar, é um primeiro passo para a construção de possibilidades mais sensíveis e humanas de se cogitar a questão do paciente/ família. Embora o estudo tenha constatado que os profissionais se apropriaram dos conceitos e diretrizes da Política Nacional de Humanização e da proposta de acolhimento como caminho para o estabelecimento de relações mais sensíveis com os usuários do SUS, a realidade estudada demonstra ainda estar distante de um adequado acolhimento às pessoas. Os indicativos de uma proposta de atuação junto ao acompanhante/familiar ainda são incipientes, sem apontar viabilidades práticas para “fazer acontecer” o acolhimento na realidade estudada.

REFERÊNCIAS

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. 3. ed. Lisboa: Edições 70, 2004. 223 p.

BENJAMIN M, HOLDER, J; CARR, M. **Personal preferences regarding family member presence during resuscitation**. Acad Emerg Med, n. 11, p. 750-3. 2004. Disponível em

<<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1197/j.aem.2004.01.008/pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar** (PNHAH). Brasília: Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2001. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>>. Acesso em 15 junho 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 2048/GM - Regulamentação dos serviços de urgência e emergência**. Brasília: Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2002. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/urgencia-e-emergencia/portaria_2048_B.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **HUMANIZASUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, 2004a. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS**. Brasília: Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2004b. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/doc_base.pdf> Acesso em: 15 jun. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. Brasília: 2006. 8 p. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_direito_usuarios_2ed2007.pdf>. Acesso em 15 jun. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: visita aberta e direito a**

acompanhante. 2. ed. Brasília: Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2007. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/visita_acompanhante_2ed.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência**. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Centro de documentação do Ministério da Saúde, 2009. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2010.

CARAPINHEIRO, G. **Saberes e poderes no hospital**: uma sociologia dos serviços hospitalares. 3 ed. Porto: Afrontamento, 1998.

EICHHORN, Dezra J. et al. Family Presence During Invasive Procedures and Resuscitation: Hearing the Voice of the Patient **AJN, American Journal of Nursing**. v. 101, n. 5, p. 48-55, maio 2001. Disponível em:
<http://journals.lww.com/ajnonline/Abstract/2001/05000/Family_Presence_During_Invasive_Procedures_and.20.aspx>. Acesso em: 20 ago. 2011.

ELLISON S. Nurses' attitudes toward family presence during resuscitative efforts and invasive procedures. **J Emerg Nurs**; v. 29, p. 515–21. 2003. Disponível em
<<http://ajcc.aacnjournals.org/content/14/6/494.full>>. Acesso em: 20 ago. 2011.

FEUERWERKER, L. C. M., CECILIO, L. C. O. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, Ago. 2007. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000400018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 nov. 2011.

GOTARDO, G. I. B., SILVA, C. A. O cuidado dispensado aos familiares na unidade de terapia intensiva. **Revista de Enfermagem da UERJ**. v.13, p. 223-228, 2005. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v13n2/v13n2a13.pdf>>. Acesso em 16 abr. 2010.

HABERMAS, J. **Consciência moral e agir comunicativo**. 2. ed. Rio de Janeiro (RJ): Tempo Brasileiro, 2003. 236p. (Biblioteca Tempo Universitário : Estudos alemães, vol. 84).

LEITE M. A., VILA, V. S. C. Dificuldades vivenciadas pela equipe multiprofissional na unidade de terapia intensiva. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v.13, n. 2, Ribeirão Preto, mar./abr. 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692005000200003&script=sci_arttext>. Acesso em: 16 abril 2010.

MACLEAN, SL, et al. Family presence during cardiopulmonary resuscitation and invasive procedures: practices of critical care and emergency nurses. **American Journal of Critical Care** . American Association of Critical-Care Nurses. EUA. v. 12, p. 246– 57. 2003. Disponível em <http://www.aacn.org/wd/practice/docs/family_presence_during_CPR_11-2004.pdf>. Acesso em 20 ago. 2011.

MATOS, E.; PIRES, D. E. P.; RAMOS, F. R. Expressões da subjetividade no trabalho de equipes interdisciplinares de saúde. **Rev. Min. Enferm.**; v. 14, n. 1, p. 59-67, jan./mar., 2010. Disponível em: <http://www.abennacional.org.br/2SITEen/Arquivos/N.104.pdf> >. Acesso em 10 out 2011.

NASCIMENTO E. R. P., MARTINS J. J. Reflexão acerca do trabalho de enfermagem em UTI: e a relação desde o indivíduo hospitalizado e sua família. **Revista Nursing**, v. 29, p. 26 – 30. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342005000400008>. Acesso em: 16 abr. 2010.

SHIROMA, Lícia Mara Brito. **Classificação de Risco em Serviço de Emergência no Contexto da Política Nacional de Humanização do SUS – Um Desafio para Enfermeiros/as**. 2008. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 117p. Disponível em:
<http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=136968>. Acesso em 16 abr. 2010.

TERRY, L. Tucker. Family presence during resuscitation. **Crit Care Nurs Clin N Am** v. 14, p. 177– 185, 2002. Disponível em
<<http://www2.nursingspectrum.com/articles/article.cfm?aid=9515>>. Acesso em 20 ago. 2011.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa Convergente Assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em Saúde-Enfermagem**. 2. ed. rev. amp. Florianópolis. Insular, 2004.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tratar o tema acolhimento de familiares/acompanhantes de pacientes críticos em serviço de emergência visando à perspectiva de construção de indicativos para um protocolo de acolhimento a estas pessoas, tornou-se um desafio para a pesquisadora, pois, ao fazer parte dessa realidade, já conhecia de antemão as muitas dificuldades na caminhada. No entanto, as mudanças são feitas passo a passo, e a idéia de um protocolo de acolhimento ao familiar/acompanhante de pacientes críticos é como uma semente plantada a partir deste estudo. Muito ainda há que se investir na realidade para que tudo se efetive. A inclusão do acompanhante/familiar nos conturbados serviços de emergência faz parte de uma proposta que exige paciência, investimento profissional e institucional, em um processo lento de reflexão, aprendizagem, assimilação de novos referenciais, que vão além do tempo de Mestrado.

Sobre tal aspecto, os resultados do estudo apontaram obstáculos a serem superados para que se realize o acolhimento; no entanto, mostraram também que os profissionais de saúde estão atentos às propostas das políticas públicas para essa área dos serviços de saúde. A concepção de acolhimento é hoje de domínio da maioria dos profissionais atuantes na emergência estudada. É também reconhecida pelo grupo de profissionais como um caminho para melhorar a qualidade da atenção em saúde, construir vínculos entre profissional/paciente/família e um direito do usuário e das pessoas de suas relações. Acolher, na concepção dos profissionais, vem ao encontro das propostas do Ministério da Saúde no Brasil: é o primeiro contato, é receber, ouvir, dar e receber informações, é acesso aos serviços e priorizar o atendimento pela classificação de risco.

Compreender as ações de acolhimento é igualmente conseguir perceber que elas ainda não acontecem como deveriam na realidade. A consciência da realidade é um primeiro momento da mudança, sendo necessário avaliar o modo como o acolhimento aos familiares/acompanhantes vem acontecendo na atualidade, bem como as responsabilidades individuais e coletivas nesse processo para poder pensar em mudanças. Nesse sentido, o estudo cumpriu uma função fundamental: abrir a discussão sobre a temática e abordar as responsabilidades individuais e coletivas dos profissionais, no que diz respeito ao acolhimento dos familiares de pacientes em situação crítica de saúde.

Possibilitou também tornar conhecidas as impressões e os anseios dos familiares/acompanhantes quanto ao acolhimento recebido em momento tão difícil de suas vidas, além dos aspectos positivos e negativos da experiência de ter alguém de suas relações em atendimento no serviço. Sobre esse aspecto, a percepção acerca da agilidade no atendimento ao paciente ganhou especial destaque nas falas dos acompanhantes quando existe gravidade no caso. Seis pacientes chegaram ao serviço sem referência, passaram pela Classificação de Risco ou foram diretamente encaminhados para a área de reanimação. Um paciente veio referenciado de outro serviço pelos mecanismos de regulação do estado. O atendimento imediato nesses casos constituiu-se fator de satisfação para os usuários e familiares e um aspecto positivo da políticas públicas nessa área.

Este trabalho também evidenciou que os familiares/acompanhantes, na atualidade, desejam permanecer junto aos seus em todos os momentos de atenção à saúde. Esse anseio dos familiares encontra ainda resistências entre os profissionais que veem como obstáculos as condições ambientais e suas próprias limitações para estabelecer uma relação com os familiares nos momentos críticos da doença. Assim sendo, a formação dos profissionais de saúde prepara-os para o sucesso das intervenções, mas não para a finitude da vida, e isso tem reflexos na relação estabelecida com a família. Há que se trabalhar com capacitações, com apoio aos grupos profissionais que atuam no serviço para melhorar essa realidade e viabilizar um acolhimento humanizado aos familiares/acompanhantes de pacientes críticos.

Outros aspectos abordados pelos familiares/acompanhantes têm relação com a comunicação que estabelecem com os profissionais e as informações que recebem sobre o paciente em atendimento. Nesse sentido, quando recebem informações frequentes e precisas, e os profissionais demonstram interesse e sensibilidade com a situação vivida por eles, o acolhimento é considerado positivo; de outra forma, é considerado negativo. Embora a maioria dos entrevistados relatem situações positivas, os profissionais admitem que ainda é frágil o acolhimento dos familiares que ficam muitas vezes abandonados nas proximidades (“os profissionais nem sabem que é familiar do paciente em atendimento”).

Quanto às percepções dos profissionais de saúde sobre o acolhimento, um aspecto potencial para melhorar a qualidade da atenção diz respeito à compreensão de parte dos integrantes do estudo referente à necessidade de atuação multiprofissional para um bom acolhimento ao

familiar. O acolhimento nos serviços de saúde é uma tarefa coletiva e abrange todos os envolvidos no processo da produção de saúde. Embora a atenção ao doente considere as diferentes competências profissionais, é do conjunto das ações do coletivo dos trabalhadores de saúde que podem surgir propostas em benefício dos usuários.

Assim, os indicativos apontados para uma proposta de acolhimento aos familiares/acompanhantes de pacientes em situações críticas de saúde reforçam a necessidade de pensar coletivamente um fluxo de atendimento a essas pessoas. Além disso, existe a necessidade de capacitação do conjunto dos profissionais, a sensibilização do grupo para a temática, o apoio psicólogo para a condução dos casos, a melhoria do ambiente com adequação de espaço próprio para os familiares e a possibilidade de permanência do acompanhante junto ao paciente sempre que necessário. Os resultados deste estudo poderão subsidiar o desenvolvimento de novas estratégias no Acolhimento aos acompanhantes de pacientes em situações críticas de saúde, cumprindo um dos objetivos da PCA, ou seja, provocar mudanças na prática assistencial.

Os indicativos levantados no presente estudo, embora ainda insuficientes para a concretização de uma proposta efetiva de acolhimento aos familiares/acompanhantes de pacientes em situação crítica de saúde, apontam um caminho a seguir para transformá-la em realidade: a continuidade do processo reflexivo ora iniciado. A condução do trabalho, pelo referencial da pesquisa Convergente Assistencial, foi iniciada com a participação da pesquisadora na atenção ao paciente e passou pelo acolhimento ao acompanhante/familiar. Além disso, houve a realização das entrevistas com os dois grupos integrantes da pesquisa, quando se oportunizou a manifestação das posições individuais e o início da reflexão, concluída nos grupos focais; evidenciando adequação aos objetivos do estudo e a perspectiva de construção de mudanças na prática assistencial.

REFERÊNCIAS

ANDRADE L. M., et al. Atendimento humanizado nos serviços de emergência hospitalar na percepção do acompanhante. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. 2009, n. 11, v. 1, p. 151-7. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a19.htm>>. Acesso em: 16 abr. 2010.

ARAÚJO, G. F. **A comunicação entre pacientes e unidades de emergência na área de saúde**: um estudo de caso no Hospital Odilon Behrens. 2009. 13f. Dissertação (Mestrado em de Comunicação Social) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009. Disponível em: http://encipecom.metodista.br/mediawiki/images/b/ba/GT3-texto8-_A_comunicacao_entre_pacientes-_Gilvan.pdf. Acesso em: 15 nov. 2010.

BALLONE, G. J. Humanização do Atendimento em Saúde. **Psiquweb**, 2008. Disponível em: <www.psiqweb.med.br>. Acesso em: 20 nov. 2010.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. 3. ed. Lisboa: Edições 70, 2004. 223 p.

BENJAMIN, M; HOLDER, J; CARR, M. **Personal preferences regarding family member presence during resuscitation**. Acad Emerg Med, n. 11, p. 750-3. 2004. Disponível em <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1197/j.aem.2004.01.008/pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2011.

BRASIL. Congresso Nacional. **Lei 8080 de 19 setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em:

<<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Terminologia básica em saúde**. 2. ed. Brasília: Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 1985. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0111terminologia0.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar** (PNHAH). Brasília: Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2001. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>>. Acesso em 15 junho 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 2048/GM - Regulamentação dos serviços de urgência e emergência**. Brasília: Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2002. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/urgencia-e-emergencia/portaria_2048_B.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **HUMANIZASUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, 2004a. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS**. Brasília: Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2004b. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/doc_base.pdf> Acesso em: 15 jun. 2010.

_____. Ministério da Saúde **Humaniza SUS**. Política Nacional de Humanização. Documento Básico para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2004c. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf Acesso em 15 junho 2010.

_____. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. Brasília: Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2004d.48 p. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento.pdf>. Acesso em 15 junho 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS: ambiência**. Brasília: Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2004e. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/impressos/folheto/04_1163_FL.pdf. Acesso em 15 jun. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional De Atenção Básica**. Brasília: 2006a. (Série Pactos pela Saúde, vol. 4). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf. Acesso em: 15 jun. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. Brasília: 2006b. 8 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_direito_usuarios_2ed2007.pdf. Acesso em 15 jun. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília: Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, 2006c. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/APPS_PNH.pdf. Acesso em: 15 jun. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção às urgências**. 3. ed. ampl. Brasília: 2006d. 256 p. Disponível em <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Politica%20Nacional.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: visita aberta e direito a acompanhante**. 2. ed. Brasília: Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2007. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/visita_acompanhante_2ed.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência**. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Centro de documentação do Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011**. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <<http://www.poderesaude.com.br/portal/images/stories/08.07.2011-II.pdf>>. Acesso em 09 nov. 2011.

CALIL, A. M. ; PATANHOS, W.Y. **O enfermeiro e as situações de emergência**. São Paulo: Atheneu, 2007. 795p.

CAMELO, S. H. H. et al. Acolhimento à clientela: estudo em unidades básicas de saúde no município de Ribeirão Preto. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 4, p.30-37, ago. 2000. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n4/12381.pdf>>. Acesso em 16 abril 2010.

CARAPINHEIRO, G. **Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares**. 3 ed. Porto: Afrontamento, 1998.

CECÍLIO, L.; MERHY E, E. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar**. Campinas. 2003. Disponível em: <www.hc.ufmg.br/gids/anexos/Integralidade.pdf>. Acesso em: 17 out. 2010.

CORRÊA, A. K., SALES, C. A., LUCIANA, S. A família do paciente internado em terapia intensiva: concepções do enfermeiro. **Acta Scientiarum**. Maringá, v. 24, n. 3, p. 811-818, 2002. Disponível em: <http://translate.googleusercontent.com/translate_c?hl=pt-BR&langpair=en%7Cpt&rurl=translate.google.com.br&u=http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/2543/1681&usg=ALkJrhiC0bV1sZIT1Cl8S5fd3VB5Ck_auw>. Acesso em: 16 abr. 2010.

DAL PAI, D.; LAUTERT, L. Suporte humanizado em Pronto Socorro: um desafio para a enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 58, n. 2 p. 231-234, mar./abr. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n2/a21.pdf>>. Acesso em 16 abril 2010.

DOYLE CJ, Post H, et al. Family participation during resuscitation: an option. **Annals of Emergency Medicine**, v. 16, n. 6, p. 107-9. 1987. Disponível em: <http://www.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0006/78531/001736.pdf>. Acesso em: 20 ago.2011.

EICHHORN, Dezra J. et al. Family Presence During Invasive Procedures and Resuscitation: Hearing the Voice of the Patient **AJN, American Journal of Nursing**. v. 101, n. 5, p. 48-55, maio 2001. Disponível em: <http://journals.lww.com/ajnonline/Abstract/2001/05000/Family_Presence_During_Invasive_Procedures_and.20.aspx>. Acesso em: 20 ago. 2011.

ELLISON S. Nurses' attitudes toward family presence during

resuscitative efforts and invasive procedures. **J Emerg Nurs**; v. 29, p. 515–21. 2003. Disponível em <<http://ajcc.aacnjournals.org/content/14/6/494.full>>. Acesso em: 20 ago. 2011.

FERREIRA, A. B.H. **Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa**. 5ªed. Curitiba: Positivo,2010.2272p.

FERREIRA, M.I.P.R., **A comunicação entre a equipe de saúde e o paciente em coma: dois mundos diferentes em interação**. 2000. Dissertação (Mestrado de Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis. 2000. Disponível em: <<http://www.bancodetese.com.br>>. Acesso em 08 out.2010.

FEUERWERKER, L. C. M., CECILIO, L. C. O. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, Ago. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000400018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 nov. 2011.

GALIMBERTI, U. **Nell'età della técnica**. 2 ed. Roma: Psiche e techne: l'uomo Feltrinnelli, 2003. p. 33-48.

GOTARDO, G. I. B., SILVA, C. A. O cuidado dispensado aos familiares na unidade de terapia intensiva. **Revista de Enfermagem da UERJ**. v.13, p. 223-228, 2005. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v13n2/v13n2a13.pdf>>. Acesso em 16 abr. 2010.

HABERMAS, Jurgen. **Consciência moral e agir comunicativo**. 2. ed. Rio de Janeiro (RJ): Tempo Brasileiro, 2003. 236p. (Biblioteca Tempo Universitário : Estudos alemães, vol. 84).

LEITE M. A., VILA, V. S. C. Dificuldades vivenciadas pela equipe multiprofissional na unidade de terapia intensiva. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v.13, n. 2, Ribeirão Preto, mar./abr. 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692005000200003&script=sci_arttext>. Acesso em: 16 abril 2010.

MACLEAN, SL, et al. Family presence during cardiopulmonary resuscitation and invasive procedures: practices of critical care and emergency nurses. **American Journal of Critical Care** . American Association of Critical-Care Nurses. EUA. v. 12, p. 246– 57. 2003. Disponível em <http://www.aacn.org/wd/practice/docs/family_presence_during_CPR_11-2004.pdf>. Acesso em 20 ago. 2011.

MACIAK I.; SANDRI, J V A; SPIER, F. D. Humanização da assistência de enfermagem em uma unidade de emergência: percepção do usuário. **Cogitare Enfermagem**, v. 14, n. 1, p. 127-35. jan./mar., 2009 Disponível em <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/14269/9592>>. Acesso em 20 ago. 2011.

MARQUES, G. Q.; LIMA, M. A. D. S. Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v. 15, n. 1, jan. /fev. 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/pt_v15n1a03.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2010.

MARTINS J. J. **Humanização nas práticas de saúde : o discurso coletivo dos trabalhadores, gestores e usuários de um estabelecimento assistencial de saúde hospitalar (EASH)**. 2008. Tese (Doutorado em enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Florianópolis. Disponível em: <<http://www.bancodetese.com.br>> Acesso em 08 out.2010.

MARTINS H. S. et al. **Emergências clínicas abordagem prática** . 3 ed. ampli. e rev. Manole Barueri. São Paulo. 2008 .

MARTINS J. J., ALBUQUERQUE G. L. A utilização de tecnologias relacionais como estratégia para a humanização do processo de trabalho em saúde. **Ciências e Cuidados da Saúde**. n. 6, v. 3, p. 351-356. jul./set. 2007. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=524907&indexSearch=ID>>. Acesso em 16 abr. 2010.

MATOS E. E. **A contribuição da prática interdisciplinar na construção de novas formas de organização do trabalho em saúde**. 2006.355f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis. Disponível em: <<http://www.bancodetese.com.br>>. Acesso em: 08 out.2010.

MATOS, E.; PIRES, D. E. P.; RAMOS, F. R. Expressões da subjetividade no trabalho de equipes interdisciplinares de saúde. **Rev. Min. Enferm.**; v. 14, n. 1, p. 59-67, jan./mar., 2010. Disponível em: <http://www.abennacional.org.br/2SITE/Arquivos/N.104.pdf> >. Acesso em 10 out 2011.

MERHY, Emerson Elias. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R., (org) **Práxis en salud: un desafio para lo público**. Buenos Aires: Lugar Editorial/ São Paulo: Hucitec, 1997a. p. 113-150.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY E. E.; Onocko R. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: HUCITEC; 1997b. p.71-112.

_____. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do

processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho-vivo). In: FLEURY, S. (Org.). **Saúde e democracia: a luta da CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997c.

_____. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2005. 189p. (Saúde em debate, vol. 145).

NASCIMENTO E. R. P., TRENTINI M. O cuidado de enfermagem na UTI: teoria Humanística de Paterson e Zderad. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. 2004; v. 12, n. 2, p. 250-57. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000200015>. Acesso em: 16 abr. 2010.

NASCIMENTO E. R. P., MARTINS J. J. Reflexão acerca do trabalho de enfermagem em UTI: e a relação desde o indivíduo hospitalizado e sua família. **Revista Nursing**. v. 29, p. 26 – 30. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342005000400008>. Acesso em: 16 abr. 2010.

NAZÁRIO N. O. **Fragmentos de uma construção do assistir em situações de emergência**. Florianópolis: Insular, 1999.

NYKIEL, L., et al. Evidence-based practice and family presence: paving the path for bedside nurse scientists. **Journal of Emergency Nursing**, v. 37, p. 9-16. 2010. Disponível em: <[http://www.jenonline.org/article/S0099-1767\(10\)00011-5/fulltext](http://www.jenonline.org/article/S0099-1767(10)00011-5/fulltext)>. Acesso em: 10 set .2011.

OLIVEIRA B. R. G, COLLET N, VIEIRA C. S. A humanização na assistência à saúde. **Revista Latino-Americana em Enfermagem**. v. 14, n. 2, p. 277-84. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/rlae/v14n2/v14n2a19.pdf>>. Acesso em 16 abr. 2010.

PAIXÃO W. **História da Enfermagem**. 5. ed. Rio de Janeiro: Júlio

Reis Livraria; 1979.

PINHO, L. B., KANTORSKI, L. P., ERDMANN, A. L. Práticas de Cuidado em uma Unidade de Emergência: Encontros e Desencontros Segundo Familiares de Pacientes Internados. **REME – Revista Mineira de Enfermagem**, n. 9, v. 1, p. 07-12, jan./mar. 2005. Disponível em: <http://www.enf.ufmg.br/site_novo/modules/mastop_publish/files/files_4c1222fea01b5.pdf> Acesso em: 16 abr. 2010.

ROYAL COLLEGE OF NURSING AND BRITISH ASSOCIATION FOR ACCIDENT AND EMERGENCY MEDICINE. **Bereavement Care in A&E Departments – Report of the Working Group**, London, 1995. Disponível em: <http://www.rcn.org.uk/__data/assets/pdf_file/0006/78531/001736.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2011.

ROYAL COLLEGE OF NURSING. **Witnessing resuscitation. Guidance for nursing staff**. Published by Royal College of the Nursing, London. 2002. Disponível em <http://www.rcn.org.uk/__data/assets/pdf_file/0006/78531/001736.pdf>. Acesso em 20 ago. 2011.

SHIROMA, Lícia Mara Brito. **Classificação de Risco em Serviço de Emergência no Contexto da Política Nacional de Humanização do SUS – Um Desafio para Enfermeiros/as**. 2008. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 117p. Disponível em: <http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?selec_t_action=&co_obra=136968>. Acesso em 16 abr. 2010.

SIQUEIRA, A. B. et al. Relacionamento enfermeiro, paciente e família: fatores comportamentais associados à qualidade da assistência. Curso de graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina do ABC. **Arq**

Med ABC, v. 31, n. 2, p. 73-7. 2006. Disponível em:
<<http://site.fmabc.br/admin/files/revistas/31amabc73.pdf>>. Acesso em:
16 abr. 2010.

SOUSA FILHO, Osvaldo Albuquerque; XAVIER, Érika Porto;
VIEIRA, Luiza Jane Eyre de Souza. Hospitalização na óptica do
acidentado de trânsito e de seu familiar-acompanhante. **Rev. esc.
enferm. USP**. v. 42, n. 3, p. 539-546. 2008. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n3/v42n3a17.pdf>>. Acesso em: 16
abr. 2010.

SOCIEDADE PORTUGUESA DE CUIDADOS INTENSIVOS ()
(Ed.). **Princípios gerais de doentes críticos**. Portugal. Disponível em:
<www.spci.org>. Acesso em: 28 ago. 2010.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa Convergente Assistencial: um
desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em Saúde-
Enfermagem**. 2. ed. rev. amp. Florianópolis. Insular, 2004.

TERRY, L. Tucker. Family presence during resuscitation. **Crit Care
Nurs Clin N Am** v. 14, p. 177– 185, 2002. Disponível em
<<http://www2.nursingspectrum.com/articles/article.cfm?aid=9515>>.
Acesso em 20 ago. 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Hospital
Universitário. Serviço de Emergência Adulto. **Acolhimento com
Classificação de Risco na Emergência do HU**. Florianópolis, 42 p.
Trabalho não publicado.

APÊNDICES

**APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA
SEMIESTRUTURADA COM O ACOMPANHANTE DO
PACIENTE CRÍTICO ATENDIDO NA SALA DE REANIMAÇÃO
DA EMERGÊNCIA**

Dados de Identificação

Iniciais do entrevistado:

Idade:

Escolaridade:

Grau de parentesco do paciente atendido:

Tempo de permanência do paciente na sala de reanimação da emergência:

ROTEIRO DE ENTREVISTA

1- Você poderia me contar um pouco sobre o que tem acontecido com você e sua família, desde que seu familiar chegou ao serviço de emergência, relacionando como vocês foram atendidos, informações recebidas, quais os profissionais com quem você ou outra pessoa da família teve contato e o que lhe foi repassado?

2- E como você avalia esse atendimento? Atendeu as suas necessidades? Foi realizado no momento certo? O profissional que o atendeu mostrou-se sensível as suas preocupações, ansiedade?

3- Você se sentiu incluído no atendimento que os profissionais realizaram ao seu familiar? Como você acha que poderia ter participado neste momento?

4- Que sugestões você daria para melhorar o atendimento recebido naquele momento?

5- Existe mais alguma coisa a respeito desse atendimento que você gostaria de me dizer?

**APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA
SEMIESTRUTURADA PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE
QUE ATUAM NA EMERGÊNCIA**

Dados de Identificação

Nome:

Idade:

Formação:

Tempo que atua na emergência do HU:

ROTEIRO DE ENTREVISTA

- 1- Para você, o que significa acolhimento?

- 2- O que você pensa sobre a permanência/presença de familiares de pacientes no serviço de emergência?

- 3- Qual sua percepção acerca do modo como ocorre atualmente o acolhimento ao familiar de paciente em situação crítica atendido na sala de reanimação? De que modo você se envolve com a atenção a este familiar? Você se considera responsável pela atenção a ser dada a esses familiares? Existe alguma pessoa que você julga mais bem preparada para esse atendimento?

- 4- Que ações você sugere para melhorar a atenção aos familiares desses pacientes e de que modo elas poderiam ser viabilizadas?

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO PARA FAMILIARES/ACOMPANHANTES



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO PROFISSIONAL GESTÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AOS FAMILIARES

Você teve seu familiar atendido pelos profissionais de saúde, médicos, enfermeiros, assistente social e outros, do Serviço de Emergência do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. Gostaríamos de saber como foi para você esse atendimento, conversar sobre o modo como os profissionais o receberam e aos seus acompanhantes, que informações lhe foram fornecidas e em que condições. As informações que vocês me fornecerem, neste momento, servirão para uma pesquisa que estou realizando no curso de mestrado de Enfermagem, que trata do **Acolhimento aos acompanhantes de pessoas adultas em situação crítica de saúde atendidas em um serviço de emergência**, cujo **objetivo é** refletir com os profissionais de saúde, envolvidos no atendimento ao paciente crítico, no serviço de Emergência Adulto, as possibilidades de acolhimento/apoio aos acompanhantes desses pacientes. Com essa reflexão, pretendemos melhorar o atendimento na área e propiciar um acolhimento mais humanizado ao familiar, ou seja, a você. A sua participação na pesquisa, relatando sua experiência, poderá contribuir para melhorarmos a assistência prestada aos acompanhantes dos pacientes críticos que futuramente venham a ser atendidos na emergência.

No decorrer da pesquisa, suas informações serão utilizadas para que possamos refletir com os profissionais de saúde que trabalham na Emergência sobre suas necessidades e modo como gostaria de ser atendido.

Suas informações, se você resolver participar, serão mantidas em sigilo, ou seja, seu nome, sob nenhuma hipótese, será apresentando aos profissionais ou aparecerá escrito em algum documento. Para garantir que seu nome não seja divulgado, suas informações serão identificadas por uma sigla seguida de um número, por exemplo: Fam. 1, Fam. 2, e assim sucessivamente, significando familiar 1 ou 2. Sua participação não é obrigatória nem influenciará qualquer atendimento que você ou seu familiar venham a receber na Emergência ou em qualquer outra unidade do Hospital Universitário. Você também poderá desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, retirando suas informações sem precisar dar explicações sobre os motivos da desistência. Para isso, basta você entrar em contato comigo pelo telefone 48- 91043617 ou email scheilanien@hotmail.com. Você pode também entrar em contato com a minha professora e orientadora, Dra Eliane Matos, pelo telefone (48) 96161859. Poderá também retirar qualquer dúvida que venha a ter sobre a pesquisa através desses contatos.

Sua colaboração nesta pesquisa é muito importante, mas a decisão em participar deve ser sua, e você somente deverá participar se estiver suficientemente esclarecido e se sentir em condições de fazê-lo neste momento. Se você não concordar em participar ou quiser desistir a qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo ou constrangimento.

Caso você concorde em participar, e se autorizar, estarei gravando suas informações para facilitar o registro das informações. Se você não quiser ter a entrevista gravada durante nossa conversa, eu estarei anotando suas informações.

Se você já se sentir adequadamente orientado e em condições de participar desta pesquisa, solicito que preencha os dados abaixo e assine a autorização para a entrevista.

Eu, _____, residente no município de _____, portador da Carteira de Identidade, RG nº _____, concordo de livre e espontânea vontade em participar como voluntário (a), da pesquisa: **Acolhimento aos acompanhantes de pessoas adultas em situação crítica de saúde atendidas em um serviço de emergência.**

Declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim

apresentadas. Por ter entendido essa proposta e aceitado participar, assino o presente documento em 2 vias, sendo que uma delas ficará comigo e outra com a enfermeira pesquisadora.

Assinatura do voluntário: _____

Scheila Maria Valentim Nienkotter
Mestranda

Dra Eliane Matos
Orientadora

APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO PROFISSIONAL GESTÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa sobre acolhimento aos acompanhantes de pessoas adultas em situação crítica de saúde atendidas em um serviço de emergência.

O Objetivo do estudo é refletir com os profissionais de saúde, envolvidos no atendimento ao paciente crítico no serviço de Emergência Adulto, as possibilidades de acolhimento/apoio aos acompanhantes, com vistas a uma atenção humanizada e posteriormente construir, através de um processo crítico/reflexivo, uma proposta de acolhimento aos acompanhantes. A sua participação na pesquisa também poderá contribuir para melhorarmos a assistência prestada aos acompanhantes dos pacientes críticos atendidos na Emergência.

O estudo contará com 3 etapas de coleta de dados: observação dos atendimentos de acompanhantes em situação crítica, entrevistas individuais e grupos focais que acontecerão no próprio setor de emergência. Sua participação, se você assim o desejar, se dará nessas etapas da pesquisa.

Sua colaboração nessa atividade é muito importante para a minha pesquisa e para a construção de conhecimento nesta área, mas a decisão em participar deve ser sua. Se você não concordar em participar, ou quiser desistir a qualquer momento, retirando as suas informações, isso não lhe trará nenhum prejuízo ou constrangimento. Para isso, basta você entrar em contato comigo ou com minha orientadora através dos telefones e emails constantes abaixo.

Scheila Maria Valentim Nienkotter, telefone (48)33462793 / 91043617
email: scheilanien@hotmail.com Orientadora: Dra Eliane Matos,
telefone (48) 96161859.

As informações fornecidas por você nos diversos momentos da pesquisa serão utilizadas somente para fins de minha dissertação de mestrado e em publicações científicas que dela resultarem. Nesses casos comprometo-me a utilizar um codinome, preservando seu anonimato e situações que o identifiquem de alguma forma.

No decorrer do estudo, a entrevista e o grupo focal deverão ser gravados através de meio digital de voz. Após a transcrição, comprometo-me a apresentar-lhe o material transcrito, para que você avalie suas informações, comprovando-as ou não.

Se você, após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos e objetivos da pesquisa e de sua participação concordar em participar, deverá assinar este documento, elaborado em duas vias; uma cópia ficará com o pesquisador e outra com você.

Obrigada.

Mestranda Scheila M.V. Nienkotter
Pesquisadora principal

Dra Eliane Matos (orientadora)
Pesquisadora responsável

Eu, _____, residente e domiciliado na cidade de _____, portador da Carteira de Identidade, RG nº _____, nascido(a) em ___/___/_____, no pleno vigor de minhas faculdades mentais, concordo de livre e espontânea vontade em participar como voluntário (a), da pesquisa **Acolhimento aos acompanhantes de pessoas adultas em situação crítica de saúde atendidas em um serviço de emergência.**

Declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas. Estou ciente de que, se necessitar de esclarecimentos adicionais no decorrer da pesquisa, poderei dirigir-me a um dos pesquisadores para obtê-las. Sei também que poderei suspender minha participação, retirando as informações por mim recebidas a qualquer momento, sem prejuízo de minhas relações pessoais ou de trabalho.

Assinatura do voluntário: _____
Florianópolis, ____/____/_____.

ANEXO A - CERTIFICADO CONSELHO DE ÉTICA

Certificado

http://www.reitoria.ufsc.br/~hpcep/projeto_cep/cer...


UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
Pré-Reitoria de Pesquisa e Extensão
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

CERTIFICADO Nº 991

O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Pré-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º 0584/GR/99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o conteúdo do Regulamento Interno do CEPSH, **CERTIFICA** que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP.

APROVADO

PROCESSO: 991 **FR:** 368475

TÍTULO: Atenção à familiares de pessoas em situações críticas de saúde atendidas em sala de recepção de um serviço de emergência adulto.

AUTOR: Eliane Matos, Scheila Maria Valentim Nienkotter

FLORIANÓPOLIS, 27 de Setembro de 2010


Coordenador do CEPSH/UFSC
Prof. Washington Portela de Souza
Coordenador do CEP/PRPe/UFSC

ANEXO B - INSTRUÇÃO NORMATIVA 03/MP-PEN/2011, DE 12 DE SETEMBRO DE 2011



Instrução Normativa 03/MP-PEN/2011

Florianópolis, 12 de setembro de 2011.

Define os critérios para elaboração e o formato de apresentação dos trabalhos de conclusão do Curso de Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem do PEN/UFSC.

A Coordenadora do Curso de Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da UFSC, no uso de suas atribuições, considerando o disposto na Resolução 05/CUN/2010 e no Regimento interno do Curso, e o que deliberou, por unanimidade, o Colegiado Delegado do Curso de Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem do PEN/UFSC, em reunião realizada em 12/09/2011,

RESOLVE:

Art. 1. As dissertações deverão conter artigos/manuscritos de autoria do discente, em co-autoria com o orientador e co-orientador.

Art. 2. A inclusão destes artigos deverá ser feita de modo a fornecer uma visão do conjunto do trabalho da dissertação. O formato incluirá:

- Elementos pré-textuais
- Introdução
- Objetivos
- Referencial teórico e metodológico (em 1 ou 2 capítulos)
- Resultados apresentados na forma de no mínimo 2 *manuscritos/artigos*, sendo que um destes artigos poderá apresentar resultados de pesquisa bibliográfica. Este manuscrito/artigo poderá ser inserido como capítulo específico, logo após a introdução (Revisão de literatura sobre o assunto da pesquisa) ou então no capítulo de Resultados e Discussão, juntamente com o(s) artigo(s) que contemplará(ão) os resultados da pesquisa principal desenvolvida na dissertação.

- Considerações Finais/Conclusões
- Elementos pós-textuais

Art. 3. Orientações gerais:

- a) Todos os artigos, assim como os demais capítulos deverão ser apresentados de acordo com a ABNT;
- b) A impressão final deverá seguir as normas de formatação da UFSC. Também a versão para avaliação da Banca Examinadora poderá estar formatada neste padrão;
- c) Após a defesa pública, revisão final do trabalho de conclusão e sua entrega ao Programa e Biblioteca Universitária, os artigos deverão ser convertidos às normas dos periódicos selecionados e submetidos aos mesmos;
- d) Os periódicos técnico-científicos selecionados para submissão deverão estar classificados pelo QUALIS/CAPES (área Enfermagem) como B2 ou superior. No caso de periódicos não classificados pelo QUALIS/CAPES (área Enfermagem), deverá ser considerado o índice de impacto JCR ou avaliação QUALIS/CAPES de outras áreas.

Documento homologado no Colegiado Delegado do Curso de Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem do PEN/UFSC de 12/09/11.

Original firmado na Secretaria PEN