



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS/ PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA/ COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* MESTRADO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE

A VIVÊNCIA DA INTERNAÇÃO EMERGENCIAL NA PERSPECTIVA DE FAMILIARES DE PESSOAS COM POLITRAUMATISMO

ADRIANA OLIVEIRA MAGALHÃES

**GOIÂNIA
2015**



**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS/
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA/
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE**

**A VIVÊNCIA DA INTERNAÇÃO EMERGENCIAL NA PERSPECTIVA DE
FAMILIARES DE PESSOAS COM POLITRAUMATISMO**

ADRIANA OLIVEIRA MAGALHÃES

ORIENTADOR: Profº. Drº. Luc Vandenberghe

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós- Graduação em Ciências Ambientais e Saúde, da Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências Ambientais e da Saúde.

GOIÂNIA
2015

Dados Internacionais de Catalogação da Publicação (CIP)
(Sistema de Bibliotecas PUC Goiás)

M18v Magalhães, Adriana Oliveira.
A vivência da internação emergencial na perspectiva de familiares de pessoas com politraumatismos [manuscrito] / Adriana Oliveira Magalhães – Goiânia, 2015.
85 f. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ciências Ambientais e Saúde.
“Orientador: Prof. Dr. Luc Vandenberghe”.

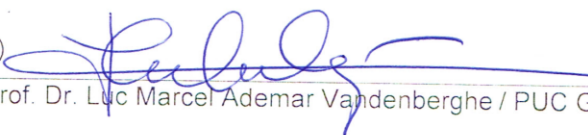
Bibliografia.

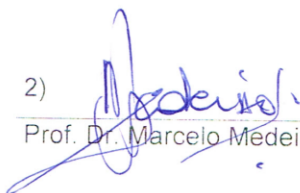
1. Humanização de serviço de saúde. 2. Emergências médicas. 3. Familiares

CDU 614(043)



DISSERTAÇÃO DO MESTRADO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE
DEFENDIDA EM 18 DE NOVEMBRO DE 2015 E CONSIDERADA
aprovada PELA BANCA EXAMINADORA:

1) 
Prof. Dr. Luc Marcel Ademar Vandenberghe / PUC Goiás (Presidente)

2) 
Prof. Dr. Marcelo Medeiros / UFG (Membro Externo)

3) 
Profa. Dra. Adenícia Custódia Silva e Souza / PUC Goiás (Membro)

4) _____
Profa. Dra. Maysa Ferreira Martins Ribeiro / PUC Goiás (Suplente)

Combati o bom combate, completei a carreira e guardei a minha fé.

Timóteo 4:7

Agradecimentos

A Deus por sempre renovar as minhas forças, direcionar a minha vida, por dar serenidade em meus pensamentos, disposição nos momentos que não tinha nenhuma e sabedoria para conciliar todas as minhas atividades. Obrigada meu Deus, por estar sempre presente na minha vida, por nunca ter me abandonado. A quem devo toda honra e toda glória.

Ao meu querido esposo por ser quem ele é, por ter apoiado, dado o suporte necessário, por ter sustentando e animando ao longo de toda caminhada. Quando eu estava esmorecida sempre foi otimista dizendo que tudo daria certo, que precisava continuar confiando em Deus e persistir. Obrigada Jean por ser um esposo admirável, fiel, justo e companheiro, por ser um pai perfeito para as nossas filhas! Obrigada por cuidar delas, brincar nos momentos que eu não conseguia, por preocupar-se com o meu bem estar e felicidade. Agradeço também os lanchinhos, os chás que sempre oferecia quanto estava escrevendo. Amo você!

As minhas lindinhas (Julia e Sofia) presente de Deus para minha vida, obrigada por serem alegres, animadas, por terem tido paciência são os meus tesouros. Julia tão pequena, mas tão sábia responsável e admirável, minha companheira, tenho orgulho de ser sua mãe. Sofia, minha caçulinha, literalmente especial, mesmo com todas as suas deficiências e limitações, estava sempre alegre e aumentando o meu ânimo para continuar lutando, minha guerreira e meu exemplo de superação.

Ao meu pai (Domingos) que mesmo estando distante e não ter participado de muitas fases e momentos da minha vida, cuidou de mim quando era criança e ensinou princípios importantes que carrego até hoje para minha vida.

A minha mãe (Elza) que direta ou indiretamente sempre me ensinou o que fazer e deu-me a base para caminhar. Uma guerreira tenho orgulho de ser sua filha. Apesar de suas dificuldades e problemas de saúde, sempre que pode esteve próxima dando apoio, ajudando a cuidar das minhas filhas, preocupando-se, orando e torcendo por mim. Muito obrigada, amo Muito!

A minha Sogra (Maurina) por não medir esforços, saindo da sua cidade e vindo ajudar nos momentos de viagens e dificuldades, sempre disposta e atenciosa. Obrigada por ser tão carinhosa e cuidadosa comigo e com as minhas filhas.

A minha tia (Olinda) que esteve comigo em um dos momentos difíceis da minha vida ajudando confortando e apoiando. Obrigada tia você e sua família fizeram a diferença.

Aos meus queridos irmãos Andreia, José Augusto e Andressa que vibraram cada momento comigo, sempre apoiando e torcendo por mim, sempre ajudando quando precisei. Andreia obrigada por sempre demonstrar amor, carinho e atenção para comigo e as minhas filhas, nunca mediu esforços para apoiar e ajudar. Amo muito vocês!

Em memória ao meu irmão (Domingos Cezar) o qual amei e admirei muito, foi o meu querido! Saudades!

A minha prima (Thais) que sempre esteve presente nas comemorações e nos momentos difíceis. Obrigada por ter ajudado a cuidar da minha pequenininha quando eu não tinha condições e estava internada naquela UTI, se não fosse você, minha irmã Andreia, minha cunhada Daniele e minha mãe se desdobrarem para cuidar da Sofia, não sei o que seria, acho que não conseguiria suportar. Muito obrigada a todas! Louvo a Deus pela vida de vocês.

Aos irmãos em Cristo pelas orações, orientações, palavras de animo, conforto, e direcionamentos.

Ao Pastor Nelson pelos seus ensinamentos de acordo com a palavra de Deus, os quais me ajudaram a permanecer firme, combatendo o bom combate sem perder a fé. Que Deus continue te abençoando e dando sabedoria. Muito obrigada!

A minha querida amiga e irmã em Cristo (Ana Rute), por sempre preocupar-se com o meu bem estar e das minhas filhas, pelo carinho e atenção. Obrigada pelos ensinamentos e por estar sempre perto e presente, por dar abrigo em sua casa quando precisei. Amo muito você e sua família! Joab, não poderia deixar de citar, sempre orientando, dando carinho, colo e direcionamentos. Serei sempre grata.

Kátia Neri e Rita conheci há pouco tempo, pessoas que fizeram a diferença dando-me ânimo e proporcionando momentos de alegria. Obrigada por ajudarem e se disporem a proporcionar momentos únicos para minhas filhas (como organizar um aniversário, momentos de lazer...). Aprendi amar vocês e suas famílias.

A minha querida amiga Yeda Regina uma guerreira, um exemplo para minha vida. Obrigada por ter confiado, acreditado e nunca ter desistido de mim. Sempre ensinando, direcionando, orientando e torcendo por mim em toda caminhada de formação profissional e pessoal. Admiro e Amo muito! Que Deus continue iluminando e abençoando a sua vida.

A minha querida amiga Juliana que sempre esteve presente nos momentos mais difíceis da minha vida. Tem um jeito sargento de ser, mais um coração enorme. Muito obrigada pelas broncas, atenção e carinho. Amo muito!

As minhas amigas Valérias e Juliane pelo cuidado e orientações, por dar apoio ao longo de uma caminhada difícil na carreira profissional, pessoal e de mestrado. Obrigada por não medirem esforços para ajudar e fazer os encaminhamentos necessários, sempre torcendo por mim, dando força e ânimo. Valéria, até atestado buscava e trazia na minha casa nos dias em que não tinha forças e ânimo para levantar da cama, dispôs de seu precioso tempo para me ajudar nos momentos de dúvidas e confusão, os quais não foram poucos. Juliane, nunca vou esquecer o seu jeito torto de ser, mas que faz as coisas certas com um grande coração.

A querida Kenia que com seu jeito de menina, foi demonstrando a grande mulher e profissional que se tornou. Possui um coração imenso, foi muito companheira e não mediu esforços para ajudar e cooperar. Aprendi amar e admirar enquanto pessoa e profissional!

A Aline e Eloani pelo incentivo para eu iniciar o mestrado, também me ajudaram nos momentos difíceis, pessoas que aprendi amar e admirar. Aline obrigada pela sua insistência, motivação para que eu me inscrevesse no mestrado, obrigada por me cobrir em meu trabalho nas minhas viagens. Eloani obrigada pelos seus ensinamentos, apoio, carinho e atenção.

Aos meus colegas de trabalho que sempre torceram e vibraram comigo as minhas conquistas e derrotas. Ingrid obrigada pela compreensão e alguns direcionamentos. Larissa, chegou a pouco tempo e já fez a diferença me ajudou inserindo conhecimentos tecnológicos. A Marilene, Luzia e Glaucia, não poderia deixar de citar. Aos meus colegas da velha guarda sempre demonstrando carinho e torcendo por mim.

Aos meus familiares que compreenderam a minha ausência nas reuniões de família e o meu distanciamento em alguns momentos. Obrigada pelas orações, ânimo e apoio dispensado.

Ao meu orientador (Prof. Luc) agradeço pelos ensinamentos, nunca mediu esforços para direcionar, nortear e proporcionar momentos de aprendizado e qualificação, sempre ofereceu suporte, embasamentos, orientações e direcionamentos necessários. Uma pessoa sensacional, buscou em todo processo transmitir segurança, paz e ânimo, processo que sabemos que não é fácil, mas pode ser bem conduzido e direcionado como foi. Aprendi muito com você desde a forma de tratar e orientar as pessoas. Admiro muito, serei sempre grata!

A Aldenan uma pessoa maravilhosa, da qual recebi grandes ensinamentos enquanto profissional e pessoa. Quero te agradecer por ser a grande inspiradora para que eu desenvolvesse essa pesquisa e chegar ao final, mesmo não sabendo disso. Obrigada por acreditar em mim antes de pensar em fazer um mestrado.

A professora (Araci) que mesmo passando por momentos difíceis em sua vida demonstrou preocupação e proporcionou bons ensinamentos.

A Banca de qualificação (Prof.^a Vanessa e Prof.^a Adenicia) obrigada pelo norte, ótimas orientações e sugestões. Muito obrigada!

A todos os professores do mestrado que proporcionaram um grande aprendizado nesse processo de formação.

As minhas colegas de mestrado Maria Rosa, Marle e Cleide. Cleide obrigada pelo acolhimento em sua residência por dar cuidado, atenção e carinho. Maria Rosa obrigada pela atenção para comigo e minhas filhas mesmo não as conhecendo bem. Marle sempre animada e disposta. Foi muito prazeroso e de grande crescimento os trabalhos que realizamos juntas. Foi muito bom conhecer, estar e trabalhar com vocês.

A instituição que trabalho (UNIVAG) agradeço aos gestores por investir, confiar e acreditar em mim, por proporcionar e patrocinar a minha formação. Por oportunizar a realização de um sonho, qualificação e crescimento profissional. Instituição a qual respeito, valorizo e admiro. Sempre serei grata a Deus por fazer parte desta desde 2005. Muito obrigada a todos que direta ou indiretamente ajudaram nessa conquista.

RESUMO

O serviço médico de emergência é considerado um ambiente estressante para os profissionais, pacientes e familiares, relacionados ao cenário e a gravidade dos pacientes que estão sendo atendidos. Neste ambiente encontramos os familiares buscando ser inseridos neste contexto e no processo de cuidado. Objetivou-se compreender a vivência do atendimento e internação emergencial na perspectiva dos familiares de pessoas com politraumatismos. Trata-se de estudo qualitativo baseado no método da teoria fundamentada em dados descrita por Charmaz (2009). A coleta dos dados ocorreu em um hospital público no interior do estado de Mato Grosso no período de outubro a novembro. A amostragem teórica constituiu-se de oito familiares que vivenciaram o atendimento e internação emergencial as vítimas com politraumatismos. Para tratamento dos dados utilizou-se das estratégias descritas por Charmaz (2009), foi realizado uma construção de códigos abertos e analíticos a partir dos dados encontrados, possibilitando assim a organização e a explicação dos significados, resultando no desenvolvimento de um modelo teórico a respeito da vivência da situação pelo familiar. Das categorias, surgiram conceitos mais amplos denominados eixos temáticos, que possibilitaram a elaboração de dois artigos que atenderam os objetivos da dissertação e colaborando com os resultados finais. Os dados mostraram que não só a situação emergencial, mas também o funcionamento do serviço de saúde tem um impacto notório sobre a vida do familiar. Esse funcionamento influencia a capacidade do familiar de atuar ativamente nos processos relacionados a questões de tomada de decisão. Indicaram que o familiar é um agente ativo importante, porém insuficientemente reconhecido no processo de atendimento e na organização de cuidados no serviço de saúde, onde o mesmo enfrenta obstáculos internos e externos durante todo o processo de atendimento e internação emergencial, este cenário e o atendimento vivenciado pelos familiares causam impactos não só na vida da pessoa socorrida, mas também de seus familiares, que acabam presenciando todos os acontecimentos, estando diretamente expostas as notícias e situações muitas vezes não experienciadas em sua vida e ainda conseguem mobilizar recursos de enfrentamentos psicológicos. Considera-se que a partir de um olhar mais ampliado buscando perceber como os familiares vivenciam o atendimento, é possível vislumbrar melhorias frente ao acolhimento e humanização repercutindo de forma satisfatória no planejamento e cuidado dispensado, visando inseri-los nas tomadas de decisões, orienta-los, acompanha-los e instrumentaliza-los no acompanhamento e ajuda ao paciente, colaborando com o bem-estar dos envolvidos nesse processo.

Palavras chaves: Humanização de serviços de saúde, Emergência Médicas, Familiares.

THE EXPERIENCE OF EMERGENCY HOSPITALIZATION IN THE PERSPECTIVE OF ACCOMPANYING FAMILY MEMBERS OF POLY-TRAUMA PATIENTS

ABSTRACT

Emergency hospitalization services are stressful environments for professionals, patients and accompanying family members due to the very scenario and severity of the patients that are cared for. In this environment, we meet the family member seeking take part in this context and in patient care. Facing this situation, we intend to comprehend the lived experience of emergency hospitalization in the perspective of accompanying family members of poly-trauma patients. This qualitative study presents a grounded theory analysis. The data collection happened in a public hospital in the state of Mato Grosso - MT. The sample consisted of eight family members who accompanied the emergency hospitalization of a family member with multiple traumas. The analysis used the pathway described by Charmaz (2009). It includes a critical consideration of the data, construction of open and analytical codes based on the data, thus making the organization and explanation of the meaning possible, resulting in the development of a theoretical model concerning the lived experience of the situation by the family member. The data showed that not only the emergency, but also the functioning of the health service had a strong impact on the family member. This functioning influences the family members' capacity to contribute to the process. The results suggests that the family member is an important active actor, however insufficiently recognized in the process of patient care and in the mechanisms of the health service and that he or she faces obstacles and emotional impacts during hospitalization. The scenario and functioning of the emergency service do not only affect the life of the patient, but also his or her family members, who are directly exposed to new and unsettling information and situations. Family members have a contextual understanding of what happens and they acknowledge means of improvement of patient care and humane treatment and understand the efforts made by the health professionals. Health services should include and empower them in the context of patient care, and take action to improve the family member's wellbeing contributing to the health professionals' effectiveness, institutional and community wellbeing.

Key words : Humanization of health services , Emergency Medical , Family .

LISTA DE SIGLAS

PNHOSP	Política Nacional de Atenção Hospitalar
RAU	Rede de Atenção à Urgência
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
PNHAH	Política Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
MS	Ministério da Saúde
PNH	Política Nacional de humanização
PNAU	Política Nacional de Atenção as Urgências
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
CAAE	Certificado de apresentação para Avaliação Ética
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DPVAT	Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Vias Terrestres
SUS	Sistema Único de Saúde
SNS	Serviço Nacional de Saúde

LISTA DE FIGURAS E TABELAS

Quadro	Distribuição das categorias e seus respectivos agrupamentos e códigos
Figuras	Modelo esquemático das categorias, subcategorias e respectivos códigos

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. OBJETIVOS	17
3. METODO	18
3.1 Tipo de estudo	18
3.2 Local de estudo e suas características	18
3.3 Participantes do estudo	19
3.4 Critérios de inclusão e exclusão	19
3.5 Coleta de dados	21
3.6 Análise dos dados	22
3.7 Aspectos éticos	23
4. RESULTADOS / DISCUSSÃO	25
4.1 Quadro de distribuição das categorias e seus respectivos agrupamentos e códigos	25
4.2 Artigo Científico: Eixo I e Eixo II	29
Título: O familiar acompanhante e a humanização do atendimento no serviço médico de emergência.	
4.2.1 Introdução	31
4.2.2 Método	33
4.2.3 Resultados e discussões	34
Precariedade do serviço	34
Potencialidades de melhora	41
4.2.4 Considerações Finais	44
4.2.2 Referências	45
4.3 Artigo Científico: Eixo III (O familiar como agente ativo).	47
Título: Familiar de paciente com politraumatismos como agente ativo no serviço de médico de emergência.	
4.2.1 Introdução	49
4.2.2 Método	50
4.2.3 Resultados e discussões	50
O familiar enfrenta tarefas árduas durante o processo	51
O familiar enfrenta obstáculos internos e externos	53
O familiar mobiliza recursos de enfrentamento psicológico	60
4.2.4 Considerações Finais	63
4.2.2 Referências	64

5. TEORIZAÇÃO DA VIVÊNCIA DOS FAMILIARES	67
Figura 1- Esquema Geral	68
Figura 2 – Eixo I Problemas de humanização	69
Figura 3 – Eixo II Potencialidades dos Serviço	71
Figura 4 – Eixo III Familiar é um agente ativo	73
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS DA DISSERTAÇÃO	66
REFERÊNCIAS	77
APENDICES	80
ANEXOS	86

1. INTRODUÇÃO/JUSTIFICATIVA

A urgência é definida por ocorrência imprevista de agravo a saúde com ou sem risco potencial a vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata e a emergência como a constatação médica de condições de agravo a saúde que impliquem sofrimento intenso ou risco iminente de vida, exigindo, portanto, tratamento médico imediato. Nestes setores é necessário agilidade, conhecimento técnico e científico, habilidades e destreza manual, condições de lidar com situações de vida ou de morte (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Por ser caráter de urgência e emergência, com uma rotina acelerada de atendimento, tornam-se um ambiente de muita tensão e estresse, sendo outro fator que necessita ser considerado neste cenário. A dinâmica de funcionamento dos serviços de emergência, geralmente, complexa, tensa, desgastante e traumatizante, colabora para que as relações entre as pessoas nem sempre sejam pautadas na responsabilidade, respeito dignidade e na compreensão. Seu contexto relacional causa mudanças comportamentais entre as pessoas, gerando situações conflitantes e de despersonalização, seja entre a equipe multiprofissional, seja entre esta equipe, pacientes e familiares (SALOME; MARTINS; ESPOSITO, 2009).

Dos problemas de saúde encontrados nos serviços de urgência e emergência pode-se encontrar doenças relacionadas as causas externas, doenças crônicas não transmissíveis, com destaque para as doenças cardiovasculares e, ainda, uma carga de doenças infecciosas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). No Brasil uma das maiores causas de internações nos serviços de urgência e emergência é decorrente de causas externas (traumas), entre essas, os politraumatismos, esses podem ocorrer devido eventos traumáticos como: acidentes de trânsito, quedas, ferimento por arma de fogo, atropelamento entre outras causas. Os politraumatismos são as primeiras causas de morte entre indivíduos na faixa etária de 20 a 40 anos, estando em uma faixa etária mais produtiva, na grande maioria do sexo masculino (OLIVEIRA, 2012).

O atendimento dos profissionais de saúde a vítima com politraumatismo pode ocorrer tanto na condição extrahospitalar (ambiente externo a unidade de saúde), como na intrahospitalar (dentro do hospitalar), ou ainda nos serviços de saúde, em nível secundário e intermediários de assistência, a urgência e emergência. No atendimento intrahospitalar, foco deste estudo, os pacientes politraumatizados são avaliados na unidade de emergência onde busca-se a estabilização clínica, identificando e tratando lesões (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Assim como a atenção básica é porta de entrada do Sistema Único de Saúde-SUS, as unidades de emergência representam a porta de entrada desse sistema para situações de agravos a saúde de maior complexidade e necessitam estarem dispostas de forma organizada e acessível à

população que busca por esse atendimento. É importante que a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), esteja preparada de forma a articular e integrar todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos pacientes e familiares em situação de urgência e emergência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

O Ministério da Saúde (MS) do Brasil lançou a Política Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) cujo objetivo principal é aprimorar as relações dos profissionais da saúde, tanto entre si como do hospital com a comunidade. Para isso, é preciso valorizar o ser humano, qualificando os hospitais públicos, transformando-os em organizações modernas, solidárias, com vistas a atingir as expectativas dos gestores e da comunidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

A partir da PNH foi criada a política de acolhimento nos serviços de saúde tendo como objetivo acolher, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar créditos, agasalhar, receber, atender. Deve ser visto como ato ou efeito de acolher e expressar em suas varias definições uma ação de aproximação, visando uma atitude de inclusão, permitindo um melhor acesso e inserção do cidadão nesses serviços (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Dessa forma o acesso e o acolhimento são pontos essenciais para o atendimento em saúde, contudo encontramos algumas dificuldades na inserção como: áreas físicas pequenas, inadequadas, insuficiência de material e equipamentos necessários aos atendimentos, além de recursos humanos insuficientes e por vezes despreparados. Em determinados momentos, há recursos financeiros e materiais suficientes para um atendimento, porém, pode-se não existir profissionais qualificados, causando uma diminuição da qualidade nos serviços e consequentemente o atendimento torna-se desumanizado (RAMOS, 2003).

As unidades de urgência e emergência são cada vez mais procuradas. Nessa realidade, sobressai a precariedade desses serviços onde encontramos situações não preconizadas como corredores aglomerados de pacientes em macas sem colchões, sem privacidade, conforto ou segurança, à espera de atendimento e, ainda, vulneráveis a infecções cruzadas, sendo está uma realidade enquanto país em desenvolvimento. Nesse ambiente, podemos encontrar, ainda, os familiares, geralmente desinformados quanto aos procedimentos adotados em relação ao paciente e sua própria situação de saúde (ANDRADE et al., 2009).

A possibilidade de acompanhantes (podendo ou não pertencer ao núcleo da família) nos serviços de urgência e emergência é um direito garantido por lei. De acordo com o art 1º e 2º da Lei n. 33/2009 todos os cidadãos admitido num serviço de urgência tem direito a ser acompanhado por uma pessoa por si indicada e deve ser informado desse direito na admissão pelo serviço, quando este não tiver condições para indicar esse direito, esse deve ser garantido,

cabendo os serviços solicitar a demonstração do parentesco, ou da relação com o paciente, invocados pelo acompanhante (DIÁRIO DA REPÚBLICA 2009).

Apesar de terem direito às informações, os familiares por vez estão, muitas vezes, desinformados quanto aos procedimentos adotados em relação ao paciente e à própria situação deste, vivenciando todo o ambiente e atendimento sem ter conhecimento e ficando a mercê de suas imaginações. Necessitam de assistência hospitalar encontram-se no momento de emergência, num estado de maior fragilidade, seja biológica, psíquica ou social, uma vez que no momento de atendimento a emergência faz com que sejam experienciadas uma ambiguidade de sentimentos e emoções, muitas vezes não vivenciados no seu cotidiano, algo que em suas concepções é um momento de risco de vida para o seu próximo (BIROLINI, 2011).

Não obstante os familiares que acompanham uma pessoa no serviço de urgência e emergência devem ser considerados como integrantes da unidade de cuidado, a cultura no âmbito nacional é que quando pessoas adultas se dirigem a um serviço de urgência e emergência, as mesmas entram sozinhos para receber o atendimento, enquanto que o acompanhante fica no exterior numa sala de espera podendo ter ou não alguma informação, quando solicitada, através da assistente social; ou quando algum profissional passa informações sobre as condições do internado, ou quando permite uma breve visualização do paciente, ou quando este familiar consegue visualizar algum aspecto dos procedimentos que estão sendo realizados (SOUZA et al., 2011).

Entende-se que os acompanhantes acabam, não só oferecendo apoio ao paciente, como também vivenciam todo o atendimento e internação hospitalar nos serviços de urgência e emergência. O cenário e o atendimento podem causar impactos na vida dos familiares, que na maioria das vezes presenciam todo o acontecimento ou, até mesmo, recebe notícias sobre a condição de saúde da pessoa que foi socorrida, mas, sem nenhum preparo ou condições para tal. Todos que vivenciam essa realidade estão sempre envolvidos pela ansiedade e angústia da vida e da morte (BIROLINI, 2011).

Uma vez que o cuidado deve ser integral considerando o ser humano na sua totalidade e não somente em partes, acreditamos que seria importante uma percepção voltada aos aspectos emocional, cultural e social nos serviços de emergência e não apenas o enfoque nos aspectos biológicos como já é uma realidade desses serviços e muitos estudados, podendo ser visualizados em pesquisas desta área. Nesse cenário é grande o desafio para que as práticas assistenciais atendam à integralidade, uma vez que nesse espaço, privilegiam-se determinadas formas de relações como as do domínio do conhecimento clínico, o qual impossibilita muitas vezes o profissional a ter outro olhar além dessa dimensão.

Os vários sentidos da integralidade ligados às práticas sociais e à organização do trabalho nos serviços de saúde descrevem como as práticas estão configuradas socialmente, ditando como será o atendimento na integralidade. Para que um tratamento ou atendimento na saúde tenha sucesso é de suma importância que a integralidade no atendimento, na organização dos serviços de saúde, e nas políticas de saúde estejam em sintonia e sistematizados para atender as necessidades da equipe de saúde, dos pacientes e de seus familiares em sua totalidade (MATTOS & PINHEIRO, 2005).

Percebemos que a uma maior valorização para os aspectos biológicos, uma assistência voltada ao modelo biomédico, visando os aspectos clínicos e com ênfase na doença, arrisca deixar de lado outros significados dos aspectos sociais e culturais envolvidos neste processo (MARCOS, 2006). Cabe então, aos trabalhadores de urgência e emergência o reconhecimento das necessidades dos familiares, em uma perspectiva holística, que considere o indivíduo de forma integral, nas dimensões bio-psico-social-cultural ética e ecológica. E com este reconhecimento é necessário apresentar propostas claras para a organização e qualificação do atendimento das demandas e necessidades da população atendida pelo SUS.

O hospital humanizado deverá contemplar um conjunto de dispositivos de cuidado que assegure o acesso, a qualidade da assistência e a segurança do paciente, tendo em sua estrutura física, tecnológica, humana e administrativa, a valorização e o respeito à dignidade da pessoa humana, seja ela paciente, familiar ou o próprio profissional que nele trabalha, garantindo condições para um atendimento que atenda as necessidades destes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Na vivência prática enquanto enfermeira assistencial e docente do curso de graduação em enfermagem em cenários de urgências e emergências em unidade hospitalar e em leituras e reflexões nessa área possibilitou vivenciar o sofrimento dos familiares no momento do atendimento em dois aspectos, primeiro pela falta de informação e segundo por vivenciar situações traumáticas como ver o paciente sair do Box em óbito ou numa maca para UTI. Nesse momento a prioridade é dada apenas para a emergência biológica e os familiares sempre ficaram a mercê da situação. Na realidade encontrada, o sofrimento dos familiares leva-nos a refletir sobre as condições de acolhimento nos serviços e a representatividade deste cenário para estes familiares, os sentimentos, os valores dados a esta vivência, assim como nas futuras repercussões.

Os estudos relacionados à internação emergencial e hospitalar de pessoas adultas com politraumatismos concentram-se nos aspectos biológicos. Também encontramos várias pesquisas voltadas para técnicas, equipamentos, protocolos de atendimento e atuação dos profissionais. Por outro lado, percebemos que há um interesse na literatura para emoções e sentimentos dos

familiares que vivenciam o atendimento e internação, porém estes estão voltados aos que acompanham pessoas mais vulneráveis como idosas, crianças, deficientes físicos e com doenças crônicas.

Em face dessas circunstâncias, surge a necessidade de mais estudos acerca de como os familiares que acompanham pessoas com politraumatismos vivem a passagem no serviço de emergência, como percebe o atendimento e como se posiciona. Diante disto questionou-se: **Qual é a vivência dos familiares no momento do atendimento emergencial a pessoas com politraumatismos?**

Entende-se a importância do presente estudo por investigar essa realidade no intuito de se elaborar propostas voltadas para uma prática integral, humanizada e acolhedora nos serviços de atendimento emergencial, considerando o proposto pelo Ministério da saúde em relação a PNH, Política Nacional de Atenção as Urgências (PNAU) (2006), PNHOSP (2013) e o Manual instrutivo RAE (2013).

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Compreender a vivência do atendimento e internação emergencial na perspectiva dos familiares de pessoas com politraumatismos.

2.2 Objetivos específicos

- Analisar como os familiares percebem o atendimento dispensado a pessoas com politraumatismos no serviço de emergência.
- Descrever a vivência dos familiares durante o atendimento da emergência traumática, e como eles lidam com essa realidade e com os problemas nela existentes.

3. MÉTODO

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo qualitativo de acordo com o método da teoria fundamentada em dados onde buscou-se compreender a vivência da internação emergencial na perspectiva de familiares de pessoas com politraumatismos.

Essa abordagem possibilitou investigar as vivências e compreender os significados que permeiam a experiência dos familiares que acompanham um paciente numa situação de emergência. A teoria fundamentada em dados é caracterizada pelo agnosticismo teórico, a transformação do conhecimento prévia da pesquisadora em conceitos sensibilizadores e o pressuposto da vantagem epistêmica da pessoa que na realidade precisa lidar com a situação estudada (CHARMAZ 2009).

Enquanto várias escolas teóricas competem para poder impor categorias legítimas de percepção e de apreciação intelectual, o agnosticismo teórico propõe estudar a realidade a partir da perspectiva de quem a vive. Assume-se que as vivências e práticas das pessoas são contraditórias e inacabadas, dificilmente podendo ser resumidas por categorias preexistentes ou reduzidas a conceitos propostas por um modelo teórico. A alternativa da teoria fundamentada em dados é de permitir que categorias flexíveis possam emergir dos próprios depoimentos da vivência dos participantes. Estas podem ser colocadas em ação na produção de teoria nova, ou na revisão de pontos de vista já estabelecidas, sem acreditar que essas podem descrever a realidade estudada de forma exaustiva.

O conhecimento acadêmico, técnico e pessoal e a experiência da pesquisadora não é descartado. O mesmo é usado na pesquisa na forma de conceitos sensibilizadores que ajudam a pesquisadora a perceber os aspectos da realidade aos quais esses conhecimentos prévios se referem. Porém, a pesquisadora deve estar muito atenta aos seus conceitos sensibilizadores, para evitar que os mesmos distorçam sua percepção da realidade. Os conceitos apenas podem ser usados para alertar a pesquisadora a certos aspectos da situação, mas não servem para interpretar a mesma.

O agnosticismo teórico busca uma alternativa às leituras da realidade através da lente da teoria, porque tais leituras reduzem a vivência ao ponto de vista intelectual de quem a observa em detrimento da percepção de quem está vivenciando-a. Considera que a pessoa, nas urgências situacionais, sociais e culturais não reflete de acordo com as categorias teóricas. Frente às ideias e aos conceitos propostos pelos campos políticos e acadêmicos como sendo as categorias legítimas de percepção e apreciação da realidade, a teoria fundamentada em dados defende a vantagem

epistêmica de quem participa da realidade estudada. A vantagem epistêmica refere à suposição que a pessoa que precisa lidar com as situações no mundo real, tem melhores condições de compreender como o sistema funciona. Essa pessoa, muitas vezes enfrenta uma realidade diferente do que é projetada nas políticas de saúde e na reflexão acadêmica. É essa realidade que nos interessa, no presente trabalho.

3.2 Local de estudo e suas características

O estudo foi realizado em um Hospital público do interior do estado de Mato Grosso-MT. O município localiza-se na região metropolitana do estado. A cidade conta com aproximadamente 262.880 habitantes (IBGE, 2010).

Em relação às redes de saúde, possui dois hospitais públicos, sendo um com administração estadual e outro municipal e cinco hospitais privados; possui cinco centros de saúde, nove unidades do programa saúde da família e cinco policlínicas (CNES/DATASUS, 2011).

O Hospital é reconhecido no município como referência para atendimento dos casos de urgência e emergência. Chega atender cerca de 17 mil pessoas mensalmente e 800 por dia, possui demandas de moradores do município e de outros circunvizinhos. Presta serviços a população na área hospitalar, incluindo maternidade, clínica médica, internações, cirurgias e emergências. No atendimento das clínicas médicas, 70% dos pacientes são do próprio município e 30% de outros. Na internação 60% são do interior e 40% da comunidade local (IBGE, 2012).

Atualmente, há 30 vagas disponíveis nos boxes de emergência. No hospital são 200 leitos, entre adulto e infantil. A instituição conta com uma UTI, 10 leitos para o paciente adulto, 06 leitos neonatais e 04 pediátricos.

A unidade de emergência para adultos encontra-se no térreo, próximo a Unidade de terapia Intensiva, possui 8 leitos emergenciais; além disso, conta com 1 sala de estabilização que suporta 4 pacientes, totalizando 12 leitos disponíveis para atender a população, sendo estes destinados tanto para os atendimentos de urgências e emergência, como para traumas. Os pacientes permanecem neste local em média num período de três a cinco dias, até o aparecimento de vagas.

3.3 Participantes

Participaram oito familiares, a maioria do sexo feminino. A idade variou de 22 a 38 anos, com baixo nível de escolaridade. No momento da entrevista, apenas um dos familiares não estava com vínculo empregatício ativo. As vítimas do politraumatismos eram homens com idade entre 18

a 60 anos, sete dos motivos das internações foram por acidentes motociclistico e apenas um por acidente automobilístico.

Os familiares acompanharam o atendimento emergencial de pessoas com politraumatismos, atendidos na unidade de urgência/emergência, ou seja, nas salas conhecida como: Box, sala de estabilização, sala vermelha. Nessas unidades de urgência e emergência, os pacientes permanecem no máximo 24horas para estabilização, após são transferidos para outras unidades que atendam suas necessidades de saúde. Ressaltamos que nesta pesquisa encontramos familiares de pacientes que ficaram internados por mais de 24h, aguardando um procedimento ou uma vaga em uma UTI.

Depois de obter o consentimento de quem se dispôs a participar do estudo, utilizamos a amostragem, após a realização da entrevista por critérios de saturação. Os critérios adotados para amostragem em pesquisa qualitativa não é a representatividade (MINAYO, 2006). Mas de conhecer os sentimentos e significados, perspectivas a respeito da realidade pesquisada. A amostragem descrita nesta pesquisa é uma amostragem teórica que a escolha dos participantes são capazes e dispostas a oferecer a informações necessárias para construir a teoria aprendida. Nesse sentido o número dos sujeitos em estudo foi obtido de acordo com os critérios da saturação teórica, encerrando a coleta de dados quando as informações se mostraram qualitativamente suficiente para poder compreender a realidade vivida pelos participantes, o que já então, respondeu à questão da pesquisa (CHARMAZ, 2009).

3.4 Critérios de inclusão e exclusão

Os critérios para inclusão foram: idade superior a 18 anos; ser familiar de uma pessoa que sofreu politrauma, ter condições de se expressar verbalmente, estar vivenciando ou vivenciaram uma situação de emergência no atendimento ao paciente vítima de politraumatismos, estar acompanhando o paciente há pelo menos 24horas após a permanência na unidade hospitalar, onde já houve estabilização do seu estado de saúde, mesmo que o paciente esteja internado em local com restrição de acompanhantes, mas que estivessem visitando-os, que aceitem participar do estudo assinando o termo de consentimento livre e esclarecido.

Foram excluídas deste estudo as pessoas que devido terem vivenciado a situação de emergência tenham dificuldade de se expressar verbalmente e cujo esforço a ser empreendido na realização de uma entrevista possa ocasionar um maior sofrimento.

3.5 Procedimento de coleta de dados

Foi feito um contato com o hospital via diretoria clínica, para obtenção da permissão e a autorização foi formalizada pelos responsáveis permitindo assim a condução do estudo, foi enviado e solicitado à assinatura do Termo de Anuência (Apêndice A) para a realização da pesquisa no setor emergencial, local onde os familiares pesquisados vivenciaram o atendimento de emergência, ficando uma via com a instituição e outra com o pesquisador responsável.

A abordagem e o convite aos participantes desta pesquisa foram feitos de maneira individual, ao chegar no local da entrevista, a pesquisadora apresentou-se e explicou o motivo da visita, de forma clara, explanando os objetivos, os benefícios, direitos, riscos dos participantes em relação à pesquisa, bem como a forma de condução das perguntas. Foram também esclarecidos aos participantes da não obrigatoriedade da participação e consequentemente responderem ao roteiro de perguntas, ficando os participantes sem nenhum ônus ou prejuízos sobre a sua decisão.

Todos os familiares foram devidamente informados e esclarecidos a respeito do procedimento e a forma de utilização dos resultados alcançados na pesquisa, garantindo assim total segurança e sigilo com as informações prestadas, bem como do fato de sua participação ter caráter voluntário e que poderiam ser interrompida a qualquer momento que o desejar, sendo garantido, ainda, seu anonimato completo. Com isso, os sujeitos tiveram toda liberdade de aceitar ou não em participar dessa pesquisa.

Depois de todos os esclarecimentos sobre a pesquisa, foram entregues de forma individual o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Apêndice B). As assinaturas do Formulário de Consentimento foram feitas em duas vias, sendo entregue uma para o entrevistado e ficando a outra com o pesquisador para arquivo. Posterior a essa ação as coletas de dados se efetivaram no período de outubro a novembro de 2014, durante a internação de pacientes com politraumatismos, após 24h de sua permanência na instituição.

Na tentativa de proporcionar um ambiente tranquilo, livre de agentes estressores e interrupção, as entrevistas foram realizadas pela pesquisadora em um local restrito dentro do hospital com cadeira, iluminação e ventilação, e condições para garantir o sigilo e privacidade dos participantes.

A obtenção dos dados deu-se por meio de entrevista semiestruturadas, através de um roteiro com 03 (três) questões norteadoras: Como foi para você ter presenciado o atendimento de emergência? O que mais te chamou atenção no momento do atendimento? Como você viu o profissional, como ele agiu, como você se sentiu com isso? (APÊNDICE C)

Durante as entrevistas foram realizadas as anotações, pela pesquisadora sobre as observações pertinentes que contribuíram com o processo de análise, assim como tudo que foi sentido ou pensado nesse momento, essas anotações constituíram os primeiros memorandos ou memos. A importância de escrevermos logo após cada entrevista permitiu expor angústias, emoções, pensamentos e valores relativamente aos relatos dos participantes. Os relatos foram gravados e posteriormente transcritos na íntegra.

Como entrevistadora procurei clarificar as minhas posições relativamente ao tema, neste considerarei que a reflexividade é fundamental, para que o investigador consiga lidar com a subjetividade de cada participante e com a própria (SANTOS & LUZ, 2012).

Os conceitos sensibilizadores da pesquisadora foram oriundos da sua vivência profissional, de leituras e reflexões realizadas sobre tema, produções de outras pesquisas e discussões com profissionais da área de urgência e emergência. Esses conceitos influenciaram a escolha do tema da pesquisa e a condução das entrevistas. A pesquisadora manteve-se continuamente atenta para evitar que esses conceitos não truncassem a coleta de dados ou a interpretação dos relatos e os usou, como orientado na tradição da teoria fundamentada proposta por Charmaz (2009). Assim aumentando sua sensibilidade teórica.

Após esse processo, as entrevistas foram transcritas e posteriormente foi iniciada a análise dos dados. As entrevistas permitiram explorar os pontos de vista dos sujeitos entrevistados facilitando, assim, a interação com o entrevistador, os conteúdos possibilitaram contemplar temas determinados de acordo com uma revisão prévia da literatura.

A entrevista efetivou-se por meio de encontros objetivando o seu aprofundamento naqueles aspectos que houve necessidade de maiores detalhes por não terem sido completamente apreendidos no /os encontro/os anterior/res.

3.6 Análises dos dados

O método de análise foi norteado na teoria fundamentada em dados, sendo utilizado o conjunto de princípios e práticas descritos no manual de Charmaz (2009), o qual proporcionou, além de uma redação analítica dos dados coletados, uma reflexão do processo como um todo. Simultaneamente, foi realizada uma revisão bibliográfica referente à problemática em estudo para o melhor aprofundamento da pesquisa. A primeira etapa do processo de análise de dados foi a organização e codificação, do significado dos dados. Ou seja, inicia-se com a atribuição de conceitos e códigos analíticos e abertos aos dados (material empírico) para permitir a emergência das categorias que descreveram a vivência dos familiares (CHARMAZ, 2009).

Segue abaixo a descrição das etapas baseadas na concepção de Charmaz (2009), de forma hierárquica para melhor operacionalização:

A) Entrevista: Foi transcrita na íntegra e analisada, a elaboração de memorandos (ou memos) foi intermediária e contínua, através dessa elaboração foi possível obter as percepções adquiridas no decorrer da coleta de dados e das codificações, que foram extremamente úteis nas análises subsequentes.

B) Codificação inicial: Após a leitura de cada entrevista, tomou-se consciência sobre o que os familiares veem como problemático e identificou-se cada ocorrência em códigos (unidades de sentido) dando início a análise.

C) Codificação focalizada: Utilizou-se os códigos anteriores mais significativos onde optou-se por agrupar os dados semelhantes, identificando as similaridades e diferenças entre eles desenvolvendo, assim, as categorias.

D) Codificação teórica: Identificaram-se as relações entre as categorias desenvolvidas ilustrando suas relações por meio das falas dos entrevistados.

E) Redação do manuscrito: Realizou-se uma integração entre os dados coletados e a literatura pertinente ao estudo em questão, assim deu-se a construção do modelo teórico representando a realidade estudada a partir das relações funcionais entre as categorias, a fim de realizar um diálogo com a literatura existente.

3.7 Aspectos éticos

A pesquisa foi submetida para análise do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP da Pontifícia Universidade Católica de Goiás - PUC, em cumprimento aos requisitos determinados pela resolução 466/2012 para toda e qualquer pesquisa envolvendo seres humanos. Após o consentimento da instituição coparticipante, a aprovação do CEP com número da CAAE- Certificado de apresentação para Apreciação Ética, Plataforma Brasil- PB 32361814.8.0000.0037, aceitação do projeto pelo comitê da PUC e consentimento dos participantes pela assinatura do TCLE, os dados foram coletados sendo mantidos em sigilo absoluto, após a realização de toda pesquisa os dados serão armazenados por um período de 5 (cinco) anos pela pesquisadora e depois incinerados.

Como a pesquisa buscou investigar a vivência da internação emergencial na perspectiva de familiares de pessoas com politraumatismos, fez-se necessário analisar os riscos e benefícios aos sujeitos da pesquisa. No que se refere aos riscos, não haverá risco de qualquer retaliação em relação aos participantes em função da pesquisa, em decorrência da garantia de anonimato do estudo. Foi mantido sigilo absoluto da identidade dos sujeitos estes foram apresentados por nomes

ficícios ou números. Os dados obtidos foram utilizados somente para esta pesquisa e analisados em conjunto a expressão dos resultados, desta forma, impedindo a identificação dos participantes. Os familiares poderiam ficar novamente traumatizados em lembrar ao momento do atendimento, esses podendo ser retirados da pesquisa a qualquer momento, dessa forma tomou-se o cuidado em manter um ambiente tranquilo livre de interferências. Na ocorrência de algum problema de ordem emocional, as pessoas em questão seriam encaminhadas para tratamento psicológico adequado, sem ônus. Segue em (APENDICE D) a declaração para tratamento e acompanhamento desses familiares na clínica de psicologia de uma instituição privada do estado de Mato Grosso - MT.

Desta forma os benefícios foram à identificação se há estes impactos e qual o grau de comprometimento na vida desses familiares, para posterior encaminhamento a um adequado tratamento e acompanhamento. Os sujeitos ao participarem da pesquisa, contribuíram para uma melhor compreensão do fenômeno em foco, assim como para ajudar outros familiares que vivenciarão essa situação.

Essa pesquisa trará como retorno, benefícios para a população, visto que os resultados podem subsidiar uma política de qualidade de vida e atendimento, visando melhorar a qualidade no atendimento e acompanhamento à vida desses familiares.

4. RESULTADOS

A partir dos códigos construídos durante a análise dos dados, foram elaboradas unidades mais amplas. Essas, por sua vez foram agrupadas, em famílias de acordo com o parentesco do seu significado. Assim se transformaram em subcategorias dessas famílias (chamadas de categorias) de significado mais amplo. A comparação dos significados dessas categorias permitiram a construção de 3 eixos que foram usados para organizar as diferentes dimensões da vivência do familiar no serviço de emergência. Eixo I: Problemas de humanização, Eixo II: Potencialidades do serviço de saúde, esses dois eixos estão relacionados ao serviço de saúde com as categorias: Precariedade/ Fragilidades do acesso e dos cuidados em saúde, Problemas de humanização num contexto de potencialidades de melhora. E um terceiro eixo: O Familiar como um agente ativo, com as categorias (O familiar enfrenta tarefas árduas durante o processo, O familiar enfrenta obstáculos, O familiar mobiliza recursos de enfrentamento psicológicos).

4.1 Quadro 1 : Construção da interpretação das entrevistas

EIXO I. PROBLEMAS DE HUMANIZAÇÃO		
Categorias	Sub categorias	Códigos
Precariedade do serviço	Familiar repara falta de vaga na UTI	1- Familiar compreende que por falta de vagas na UTI um profissional precisa escolher quem vai ser salvo. 2- Familiar impressionado pela gravidade da falta de vagas na UTI e a seleção de pacientes que serão beneficiados.
	Familiar repara demora no atendimento	1- Familiar repara a demora na transferência para UTI. 2- Familiar percebe demora na conduta do médico. 3- Demora dos exames necessários e das informações críticas abala familiar. 4- Familiar repara a demora para dar informações críticas.
	Familiar repara falhas de informação	1 - Familiar sente falta de informações e orientações adequadas. 2 - Familiar precisa deduzir gravidade do estado do internado pela agitação da equipe e a velocidade dos procedimentos. 3 - Familiar fica impactado com a falta de informações do médico. 4- Familiar reclama da falta de informação sobre procedimentos que a equipe realiza. 5- Familiar percebe contradições nas informações oferecidas pelos profissionais.
	Precariedade no procedimento	1- Familiar repara arbitrariedade nos atendimentos prestados pela equipe de enfermagem. 2- Familiar repara que o paciente não é atendido por causa do estado grave.

		<p>3- Familiar percebe comunicação inadequada entre a equipe de saúde.</p> <p>4- Familiar fica impactado com despreparo com que os profissionais exercem sua profissão.</p> <p>5- Familiar repara erro no diagnostico médico.</p> <p>6- Familiar repara erro na conduta médica.</p> <p>7- Familiar revoltado com atuação do médico.</p> <p>8- Familiar repara falha no atendimento da equipe.</p> <p>9- Familiar demonstra indignação com a falta de qualidade na assistência prestada pela equipe de enfermagem.</p> <p>10- Familiar demonstrou medo de perder o internado em função dos cuidados precários.</p> <p>11- Familiar sente medo em deixar o internado no local de internação.</p>
	Condições de trabalho para a equipe são precárias	<p>1- Familiar repara que o paciente é acomodado de forma inadequada.</p> <p>2- Familiar repara que o ambiente é insalubre.</p> <p>3- Familiar repara falta de insumos essenciais durante os procedimentos.</p> <p>4- Familiar impactado com a falta de materiais e equipamentos.</p> <p>5- Mal funcionamento dos aparelhos limita a disponibilidade de vaga.</p> <p>6- Intrusão da polícia e Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Vias Terrestres - DPVAT com burocracias atrapalham.</p> <p>7-Parentesco muito próximo com o paciente atrapalha a capacidade do profissional agir.</p>
	Familiar repara frieza / falta de preocupação com os sentimentos durante os cuidados	<p>1- Familiar sente falta de envolvimento do médico.</p> <p>2- Familiar percebe a falta de envolvimento pela equipe.</p> <p>3- Familiar percebe a falta de envolvimento da assistente social.</p> <p>4- Familiar repara falta de respeito para privacidade do paciente durante procedimentos.</p> <p>5- Familiar fica impactado ao ver que os procedimentos ocorrem com falta de privacidade.</p> <p>6- Familiar repara o despreparo de alguns profissionais em sua atuação.</p> <p>7- Familiar entente aparente desapego emocional da equipe pelo ambiente pesado e rotina banalizadora.</p>

EIXO II : POTENCIALIDADES DO SERVIÇO DE EMERGENCIA

Categorias	Sub categorias	Códigos
Problemas de humanização existem num contexto que possui potencialidades de melhoria	Familiar considera as potencialidades do serviço e a qualidades no serviço de saúde	<p>1- Familiar consegue identificar as responsabilidades dos componentes da equipe de enfermagem.</p> <p>2- Familiar valoriza existência desse serviço público por não ter outros recursos para emergência.</p> <p>3- Familiar percebe a atuação do profissional dentro das possibilidades existentes.</p> <p>4- Familiar aprecia o sentido heroico dos profissionais que procedem com</p>

		falta de insumos essenciais.
EIXO III : O FAMILIAR COMO AGENTE ATIVO		
Categorias	Sub categorias	Códigos
Familiar enfrenta tarefas árduas	Familiar precisa garantir que o paciente seja atendido	<p>1- Familiar sabe que ser atendido é um direito.</p> <p>2-Paciente salvo pelo familiar por agilizar encaminhamentos para assistência e para UTI.</p> <p>3- Familiar agiliza transferência para outro hospital.</p> <p>4- Familiar se encarrega de identificar conhecido como meio de articular a assistência.</p> <p>5- Paciente salvo por profissional conhecido que agilizou o atendimento.</p>
	Familiar precisa atuar nos cuidados	<p>1 - Familiar precisa tomar a frente nos cuidados do paciente.</p> <p>2- Familiar se sente desamparado ao ter que realizar o cuidado sem ajuda da equipe.</p>
	Familiar precisa reivindicar	<p>1- Familiar percebe que para ser melhor atendido precisa reivindicar.</p> <p>2- Familiar entra na justiça para obter melhorias e transferência para o hospital que tem vaga.</p> <p>3- Familiar demonstrou medo em reivindicar a assistência e prejudicar o paciente.</p>
Familiar enfrenta obstáculos (interiores e externos à sua pessoa)	Fragilidade por causa dos impactos na direção da vida	<p>1- Familiar está financeiramente desamparado frente as necessidades do paciente.</p> <p>2- Projetos de vida da família rompidos pelo acidente, consequências para saúde.</p> <p>3- Procedimentos invasivos no hospital levam a incapacitação grave do internado, com implicações para a vida futura.</p>
	Familiar está emocionalmente abalado	<p>1- Notificação de estado da internação e procedimentos abala familiar.</p> <p>2- Familiar impactado ao ver a gravidade das pessoas que chegam e o cenário do serviço de emergência.</p> <p>3-Familiar impactado com o tumulto no pronto atendimento.</p> <p>4- Ver os procedimentos no serviço abala o familiar.</p> <p>5- Familiar precisa assumir responsabilidades apesar de estado fragilizado.</p> <p>6- Familiar demonstra ter perdido a noção dos dias.</p>
	Familiar falta conhecimento e habilidades para poder atuar	<p>1- Familiar fica desesperado ao ter que tomar decisões frente a gravidade do internado.</p> <p>2- Familiar não sabe como agir diante do estado grave do internado e se sente perdido.</p>
	Equipe não envolve o familiar	<p>1 - Familiar se sente excluído diante do atendimento prestado.</p>
Familiar mobiliza		<p>1- Familiar coloca esperança na UTI para salvar o internado.</p>

recursos de enfrentamento psicológico		2- Familiar recorre a espiritualidade para encontrar forças.
---------------------------------------	--	--

De todo o processo de análise foi elaborado dois artigos a partir dos eixos e categorias encontradas, sendo o primeiro referente aos Eixos I e II (Problemas de humanização e Potencialidades do serviço) e suas respectivas categorias. O segundo artigo baseia-se no Eixo III (O familiar é um agente ativo) e suas respectivas categorias. Em cada artigo buscou-se atender um dos objetivos específicos desta dissertação que por sua vez atenderam de forma integral os objetivos propostos, uma vez que cada artigo abordou um novo problema e objetivos específicos baseados nos resultados precedentes destes. Os resultados parciais de cada artigo conduziram ao resultado final desejado.

ARTIGO CIENTÍFICO I

OS FAMILIARES ACOMPANHANTES E A HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO NOS SERVIÇOS MÉDICOS DE EMERGÊNCIA

THE ACOMPANYING FAMILY MEMBER AND THE HUMANIZATION OF EMERGENCY SERVICES

RESUMO. A pesquisa objetivou-se compreender como os familiares que acompanham a internação emergencial a pessoas com politraumatismos percebem o serviço de urgência e emergência e o atendimento dispensado pela equipe multiprofissional. A coleta dos dados ocorreu em um hospital público no interior do Estado de Mato Grosso, entre outubro a novembro de 2014. A amostragem teórica constituiu-se de oito familiares que acompanharam pacientes com politraumatismos. Os dados foram tratados de acordo com os preceitos da teoria fundamentada na sua modificação construtivista proposta por Charmaz (2009), sendo realizada uma pesquisa crítica dos dados obtidos, a construção de códigos abertos e analíticos a partir do que os dados revelaram, para organizar e explicar o significado dos mesmos, resultando no desenvolvimento de um modelo teórico a respeito da vivência da situação pelo familiar. Os resultados mostraram que os familiares enfrentaram dificuldades no processo de humanização relacionados aos direitos de cidadão, condições nos serviços de saúde, privacidade, arbitrariedade, assim como aspectos de precariedade do serviço relacionados a falta de insumos, acomodação inadequada, ambiente e condições insalubres. No entanto diante de todas as dificuldades encontradas, os familiares compreendem as potencialidades de melhora, assim como qualidade no trabalho. Considera-se que os serviços de emergência necessitam estar atentos à presença do familiar em relação à humanização, visando atender melhor as necessidades dos usuários desse serviço.

Palavras Chaves: Serviço médico emergência; Humanização da assistência; Familiares

ABSTRACT. This study meant to understand how accompanying family members of poly trauma patients perceive the emergency service and the care dispensed by the multi professional team. Data collection happened in a public hospital in the state of Mato Grosso - MT. The sample included eight family members that accompanied poly trauma patients. Data treatment followed the directions of grounded theory analysis in its constructivist guise proposed by Charmaz (2009). The critical study of the data, the construction of open and analytical codes based on what the data revealed, in order to organize and explain their meaning, resulting in the development of a theoretical model concerning the lived experience of the situation by the family member. The results suggest that the family members face straining difficulties related to deficits in humane treatment and in guaranteeing civic rights, local health service conditions, privacy, arbitrary treatment, and the physical problems including lack of material, inadequate accommodation, unhealthy environment. However, related to all difficulties, the family members understand the potential improvement and acknowledge the quality of professional work. We suggest health services take the presence of the family member into account, and accept it as a means to improve the quality of patient care.

Palavras Chaves: Emergency service; humane patient care; accompanying family member.

INTRODUÇÃO

No Brasil, as unidades de urgência e emergência são cada vez mais procuradas, entende-se como urgência a ocorrência imprevista de danos a saúde sendo necessário atendimento imediato sem risco potencial de vida, já a emergência é considerada condição que implica em risco de vida exigindo tratamento imediato (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). Nessa realidade, sobressai a precariedade desses serviços onde encontramos: corredores aglomerados de pacientes em macas sem colchões, sem privacidade, conforto ou segurança, à espera de atendimento e, ainda, vulneráveis a infecções cruzadas. Nesse ambiente, podemos encontrar ainda, os familiares, geralmente desinformados quanto aos procedimentos adotados em relação ao paciente e à própria situação deste (ANDRADE et al., 2009).

Devido o caráter e a rotina acelerada de atendimento, estes serviços médicos de emergência tornam-se um ambiente de muita tensão e estresse. A dinâmica de funcionamento destes serviços é geralmente complexa, tensa, desgastante e traumatizante. Essa dinâmica colabora para que as relações entre as pessoas nem sempre sejam respeitadas e com responsabilidades, sendo condição favorável para situações conflitantes e de insensibilidade, seja entre a equipe multiprofissional, seja entre esta equipe, usuários e familiares (SALOME; MARTINS & ESPOSITO, 2009).

A atenção humanizada aos profissionais e usuários dos serviços de saúde deve estar voltada tanto para o ambiente, funcionamento e a forma que ocorrem os procedimentos e as relações. A humanização do cliente em relação ao cuidado a saúde está incluída na Constituição Federal Brasileira de 1988 que garante a todos o acesso à assistência à saúde de forma resolutiva, igualitária e integral. Sendo tema da Carta dos Direitos do Paciente e da Comissão Conjunta para Acreditação de Hospitais para a América Latina e o Caribe (FORUM 1995 & NOVAES, 1992).

Em 2005, o Ministério da Saúde (MS) do Brasil lançou a PNHAH cujo objetivo principal é aprimorar as relações dos profissionais da saúde, tanto entre si como do hospital com a comunidade. Para isso, faz-se necessário valorizar o ser humano, qualificando os hospitais públicos, transformando-os em organizações modernas, solidárias, com vistas a atingir as expectativas dos gestores e da comunidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Nos últimos anos alguns estudos foram realizados em relação à humanização do cuidado de pacientes críticos (BETTINELLI & ERDMANN 2008); (GAIVA & SCOCHI 2005), sendo os maiores enfoques dados aos familiares de pessoas consideradas em vulnerabilidades: crianças, idosos e pacientes com algum tipo de deficiência física, com poucos enfoques aos aspectos dos familiares nos serviços médico de emergência. Ver o familiar no serviço médico de emergência já

é uma realidade nos estudos internacionais, Nos Estados Unidos já se propõe a criação de protocolos e os familiares que possuem condições emocionais já fazem parte do processo de atendimento e internação emergencial (LEDERMAN, 2014).

No Brasil, os familiares acompanham o internado desde a sua chegada, realizam procedimentos e encaminhamentos no pronto atendimento, vivenciam todo cenário que nem sempre é acolhedor e humanizado. Até realizam atividades sem o devido conhecimento e habilidades, porém não são inseridos, orientados e acolhidos ficando a mercê de suas imaginações e sentimentos. O hospital humanizado contempla um conjunto de dispositivos de cuidado que assegure o acesso, a qualidade da assistência e a segurança do paciente, tendo em sua estrutura física, tecnológica, humana e administrativa a valorização e o respeito à dignidade da pessoa humana, seja ela paciente, familiar ou o próprio profissional que nele trabalha, garantindo condições para um atendimento que atenda as necessidades destes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

A humanização deve ser vista como um ato de comunicação e interação entre o paciente, familiar e os profissionais. Porém, na realidade encontrada, e a forma que estes familiares são inseridos nesses serviços no momento do atendimento leva-nos a refletir a representatividade deste cenário para estes familiares, os sentimentos, os valores dados a esta vivência, assim como na repercussão futura.

Considerando que o cenário e o atendimento podem causar impactos na vida dos familiares, que na maioria das vezes presenciam todo o acontecimento ou até mesmo recebem notícias sobre a condição de saúde da pessoa que foi socorrida, mas, nem sempre com preparo ou condições para tal. Todos quantos vivenciam essa realidade, estão sempre envolvidos pela ansiedade e angústia da vida e da morte (BIROLINI, 2011).

Desta forma é importante uma reflexão sobre o acesso e o acolhimento desses familiares os quais são pontos essenciais para o atendimento em saúde, contudo, ocorrem problemas nesses setores, como áreas físicas pequenas, inadequadas, insuficiência de material e equipamentos necessários aos atendimentos, além de recursos humanos insuficientes e por vezes despreparados. Às vezes existem recursos financeiros e materiais suficientes para um atendimento de qualidade, mas faltam profissionais adequadamente qualificados (RAMOS, 2003).

Diante do exposto, a busca governamental e pelos profissionais, por resgate e valorização da humanização no cuidado em saúde tem sido uma realidade através da criação de políticas públicas referente à humanização e estudos nessa área (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). A gestão dos serviços de saúde e os trabalhadores do serviço médico de emergência devem atentar-se aos aspectos que envolvam a humanização, buscando implementar o proposto

na política, reconhecendo as necessidades dos familiares, numa perspectiva não reducionista, considerando o indivíduo de forma integral, nas dimensões biopsicossocial, ética e ecológica. Visando apresentar propostas claras para a organização e qualificação do atendimento das demandas e necessidades da população atendida por estes serviços.

Na realidade encontrada, o sofrimento dos familiares leva-nos a refletir sobre as condições de acolhimento nos serviços de urgência e emergência e o que esse cenário significa para estes familiares, quais sentimentos, ou valores são relacionados com esta vivência, assim como as futuras repercussões para o familiar. Assim cogitamos que a vivência e os aspectos relacionados à falta de humanização e acolhimento no serviço de saúde e no atendimento emergencial, pode ser um momento impactante aos familiares de pessoas com politraumatismos. A partir de um olhar mais ampliado e acolhedor podem melhorar o seu bem-estar, a sua capacidade de enfrentamento do problema de saúde do paciente e suas consequências, seu comportamento posterior e a forma de visualizar o serviço de saúde, assim como as relações entre os envolvidos no processo. Dessa forma buscou-se compreender a percepção do familiar em relação a humanização nos serviços de urgência e emergência.

MÉTODO

Trata-se de um estudo qualitativo baseado no método da teoria fundamentada em dados descrita por Charmaz (2009). Oito familiares participaram do estudo. A coleta de dados ocorreu no período de outubro a novembro de 2014, durante a internação de pacientes politraumatizados, após 24h de sua permanência na instituição, devido o acolhimento dos pacientes e familiares no momento de sua chegada a unidade e durante todo período de internação, por meio de entrevistas semiestruturadas através de um roteiro com questões norteadoras, as quais foram gravadas e posteriormente transcritas.

A análise dos dados foi realizada de acordo com os preceitos da teoria fundamentada na sua modificação construtivista proposta por Charmaz (2009) esta se deu por etapas seguindo uma ordem hierárquica e sequencial, porem inter-relacionadas, com transcrição da entrevista na integra com elaboração de memorandos, codificação inicial, codificação focalizada utilizando os códigos anteriores mais significativos, agrupando-os de acordo com suas semelhanças, similaridades e diferenças, desenvolvendo as categorias; após codificação teórica, identificando as relação entre as categorias desenvolvidas ilustrando suas relações por meio das falas; onde foi realizado uma integração entre os dados coletados e as literaturas levando a um modelo teórico representando a realidade vivenciada pelos familiares nos serviços de urgência e emergência.

Seguindo os princípios defendidos pela autora, manteve-se a atitude de agnosticismo teórico, que consiste na recusa de alinhar a interpretação dos dados precocemente aos conceitos de uma escola ou tradição de pesquisa já estabelecido, e de estar aberto para as possíveis contribuições de todos os modelos teóricos relevantes, aguçando sempre a sensibilidade teórica com a ajuda de um uso ajuizado dos conceitos sensibilizadores adquiridos em experiência profissional na área de enfermagem de urgência e emergência.

Para o desenvolvimento da pesquisa foram levados em consideração os princípios éticos de acordo com a resolução 466/ 2012 sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Conselho Nacional de Saúde, sendo o projeto de pesquisa aprovado CEP da PUC – Parecer nº 32361814.8.000.0037.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A vivência dos familiares acusam problemas de humanização referente à organização do serviço de saúde e atuação profissional, após a análise dos dados e comparação dos significados das categorias foi possível a construção de 2 eixos para organizar as diferentes dimensões da vivência do familiar no serviço de emergência.

Eixo I: Problemas de humanização relacionados às categorias: Precariedade do serviço de saúde como: falta de atendimento dos direitos dos usuários e frequentemente violação à privacidade e a falta de envolvimento dos profissionais e que problemas de humanização existem com potencialidades de melhora.

Eixo II: Potencialidades do serviço de saúde a partir das categorias: Problemas de humanização num contexto de potencialidade de melhora.

Precariedade do serviço. Os familiares demonstraram noções gerais a respeito do que torna o serviço precário. Eles possuem uma visão crítica a respeito da organização deste, como também a respeito das responsabilidades e condutas dos profissionais. Conseguem compreender as necessidades do internado e suas implicações em relação à forma em que a assistência é prestada.

Os familiares ficam impressionados pela gravidade da falta de vagas na UTI e a seleção de pacientes que serão beneficiados com a vaga e procedimentos necessários para o restabelecimento da saúde, causando de certa forma um desconforto em relação a quem será escolhido.

“Tinha 9 pessoas precisando de UTI e de cirurgia. A minha irmã foi. Você quer comemorar mais você se sente um pecador, porque as outras pessoas irão ficar pra traz é um sentimento muito ruim, imagino um profissional tendo que escolher” (F8).

O familiar repara demora no funcionamento do serviço em relação à transferência para UTI, conduta dos profissionais, demora nos exames necessários e das informações críticas, situações que causaram ansiedade e medo durante todo o processo.

“Ele foi atendido, levaram ele pra lá, ninguém queria mexer nele, o médico que era neurologista quase não passava, foram tirar o RX com dois dias de UT” (F3).

“Demorou pra fazer os exames da cabeça, pra falar que precisa de UTI, isso é angustiante, pra falar o que está acontecendo, fica na expectativa sem saber se ele vai morrer ou não” (F5).

Falhas de informações e orientações adequadas por parte de alguns profissionais são também identificados. O familiar necessita deduzir a gravidade do estado do internado pela agitação da equipe e a velocidade dos procedimentos, sente falta de informações em relação aos procedimentos que a equipe realiza percebendo que existem contradições nas informações oferecidas pelos profissionais, se sentindo abalado emocionalmente frente a estas questões.

“Percebi a gravidade da situação devido à correria, ele ficou com muitos remédios, caninhos pra lado, furaram ele aqui no peito. Eu percebi que era grave, se não fosse grave não teria tanta agitação, tanto vai e volta com remédio pra ele” (F2).

“Os médicos e os enfermeiros não orientam, não passam nem um tipo de informação, só chega lá aplicando a injeção, estão todos estressados, fiquei transtornado, tem gente que fica nervoso e perde a paciência. Não tem uma pessoa capacitada para dar informação, explicar o que está acontecendo, cada um fala uma coisa” (F4).

“Não temos a resposta que precisa, a gente fica sem saber direito o que está acontecendo(...), fiquei indignada a gente não sabe de nada, a gente quer uma resposta e eles não dão” (F5).

“Não tem ninguém pra te falar (...). O médico foi embora ai você não sabe quem é o médico que vai ficar você fica sem saber qual é o próximo passo. Não tem vaga na UTI mais o que pode ser feito? (...), Não tem uma assistente pra ajudar” (F8).

A precariedade de certos procedimentos realizados pela equipe de saúde e descaso com o internado afetam os familiares. Estes destacam questões de arbitrariedade e a falta de privacidade nos atendimentos prestados pela equipe de enfermagem, repara que o paciente não é atendido pelo estado grave em que se encontra, percebe que a comunicação é inadequada entre a equipe de saúde, e que ocorrem erros nos diagnósticos e condutas médicas, falhas e falta de qualidade no atendimento da equipe. Ficam revoltados e impactados com essas condições, percebem o despreparo com que os profissionais exercem sua profissão, demonstram indignação com a falta de qualidade na assistência prestada pela equipe de enfermagem, medo em perder o internado em função dos cuidados precários, insegurança em relação à eficácia do plano de cuidados que serão oferecidos e dificuldades em deixar o internado no local de internação.

“O médico (...) não tirou o RX correto, agiu com má vontade. Não viu o corte na cabeça que poderia ter sido uma coisa mais grave, o RX quando ele pediu ele não foi mais a fundo” (F1).

“Já vi descaso, mais com outros pacientes (...) como o estado era de vida e morte eles prestaram socorro na hora certa (...) mais descaso ali há bastante” (F2).

“Eles deveriam ser mais humanos com as pessoas, os médicos, enfermeiros (...) perguntava se não iriam limpar ele, mexer nele, respondiam que não iria mexer por que ele estava intubado, ficava lá, (...). Porque estava entubado poderia ficar tudo sujo? Cheio de sangue desde ? Pelo menos o curativo acho que eles tinham que fazer, Falta vontade da parte deles, de humanidade ” (F3).

“Falta comunicação entre eles (...), deveria ter mais um pouco de diálogo uns com os outros. A maioria não esta ali por gostar, esta ali pelo dinheiro, ou pela oportunidade que tiveram de trabalhar, (abaixou a cabeça), a gente percebe a forma de tratar, de falar com os pacientes tem muitos ali que não é por amor”(F4).

“Eu só pensava nisso, o meu pai segura esse menino ele é novo tem muito pela frente tem muito pra ele viver, eu pensava que ele iria morrer e eu não podia fazer nada pra segurar, pra ajudar, a dor, um remédio pra tirar aquela dor” (F7).

As condições de trabalho para equipe parecem precárias na compreensão do familiar, a acomodação do paciente parece inadequada, o ambiente insalubre. O familiar identifica falta de insumos essenciais para realização dos procedimentos, repara que o mau funcionamento dos aparelhos limita a disponibilidade de vaga. Além disso, ele considera a intrusão da polícia e DPVAT com burocracias como problemáticos.

“Passou todos esses dias na maca (...) cheio de mosca, tinha que ficar abanando, tinha formiga, mosquito. Nem sangue não limpou, nem curativo fez, ele estava com um buraco na cabeça e se eu dormisse e os mosquitos entrassem ali dentro, não conseguia relaxar, eles são muito frios” (F3).

“Tem muita gente querendo mexer com o DPVAT, fica em cima da gente. A gente fica angustiada a cabeça já não tá boa, não sabe o que fazer a gente não sabe nem o que sente mais e tá aquele povo na sua cabeça” (F7).

“Eu querendo saber da minha irmã e o policial querendo conversar comigo” (F8).

“Fazem tudo sem medicamentos, sem gases, pegaram tira de fazer faixa para estancar o sangue, não tinha o aparelho respiratório (...), sem aparelho de monitorização cardíaca, pressão, na raça mesmo” (F8).

“Sem anestesia (...), falou pra uma pessoa pega o aparelho de desfibrilador e a adrenalina, ela veio só com o desfibrilador, ele perguntou: Cadê a adrenalina?” (F8).

“O pronto socorro estava sem vaga (...) tinha um leito desativado o aparelho voltou a funcionar” (F8).

“Se fosse minha mãe sozinha ela não iria conseguir, minha irmã estava toda inchada crânio todo afundado, toda queimada, desacordada sem monitoramento, desespero completo” (F8).

Às vezes, atitudes dos profissionais são interpretadas como frieza, falta de preocupação com os sentimentos durante os cuidados. O familiar sente necessidade de maior envolvimento pessoal dos médicos, da equipe de enfermagem e da assistente social. Assusta o familiar que os procedimentos são realizados sem privacidade, com total exposição do paciente e das técnicas realizadas, aparentemente com pouca consideração para os envolvidos nesse processo. O familiar fica impactado com a situação. Ele cogita um aparente desapego emocional da equipe pelo ambiente pesado e rotina banalizadora.

“Não conversa com você, fui tentar conversar com ele, não olha nem na cara da gente” (F1).

“Vários enfermeiros já vieram aplicando o soro colocando o remédio, aparelhos, eu fiquei nervosa ali” (F2).

“Foram entubar ele não pude ver, quando eu voltei já tinha colocado todos os aparelhos, fiquei pra fora um pouco, fiquei ali perto mesmo, eu também não aguento ver, se eu quisesse entrar eu poderia entrar, por que lá só tem aquela cortina. Não aguento ver, quando eu entrei eles pediram pra eu sair, fiquei preocupada” (F3).

“Eles estavam calmos porque eles estavam acostumados (...) eu acho que eles são muito frios. O médico (...) falou que ele precisa urgente de uma UTI, fiquei abalada. Você chama o enfermeiro, ele não vai porque já está atendendo outras pessoas ali. Chega gente de todo jeito ali, gente cortado, gente gritando, chama um não pode, chama outro não pode” (F3).

“Eu acho que eles deveriam dar mais atenção, (...) tem uns que nem olham na sua cara pega e vai saindo vai andando. É como se nunca acontecesse com eles” (F5).

“A assistente social respondeu que defensoria dá um papel a liminar dai a gente encaminha para o hospital que tem vaga, eu disse qual hospital particular que vai ficar ligando para dizer se tem vaga ou não, ela me disse então tem que procurar (...) quando sai da sala o médico perguntou e ai já conseguiu a vaga no hospital particular? (...) tem vaga? Mais eu ainda não tenho a liminar, ele me disse que existem juízes de plantão, se for lá” (F8).

A forma como o atendimento no serviço público tem ocorrido, como está organizado para prestar a assistência, assim como a forma com que esta é prestada pelos profissionais e como ocorre a resolutividade dos problemas, tem chamado a atenção dos familiares, causado impactos como: revolta, indignação ansiedade, medo, preocupações e a falta de credibilidade do familiar para com o serviço de saúde e a assistência prestada.

Os familiares reparam a precariedade do serviço, relatam procedimentos realizados sem as devidas precauções. Também para quem não conhece os protocolos importantes para conduta e tomada de decisões, o familiar repara quando os mesmos ocorrem de forma arbitrária, implicando diretamente com a qualidade da assistência, as falhas ficam aparentes para o familiar. Essas observações impactam o familiar emocionalmente.

Os apontamentos feitos pelos familiares condizem com a reconhecida necessidade que haja uma melhor organização dos serviços de saúde e do processo de trabalho da equipe de saúde, assim como uma estrutura e insumos adequados como: materiais e equipamentos necessários para o restabelecimento da saúde do paciente, uma melhor acomodação e orientação de seus familiares, como estabelecido nas redes de atenção as urgência e emergência e na PNH (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Foi apontado pelos familiares a dificuldade de infraestrutura adequada e condições inadequadas de trabalho, assim como a dificuldade e a falta de acesso a UTI, faz-se necessário uma atenção, ampliação do acesso e na garantia de infraestrutura adequada, dando uma condição mais humanizada e acolhedora aos trabalhadores, pacientes e familiares.

No Brasil ainda existe um déficit no número de UTIs e sua distribuição nas regiões de saúde. Frente esses aspectos, é considerado a ocupação inadequada destes leitos por pacientes com baixa complexidade ou estáveis clinicamente, contudo com necessidade de monitorização contínua, por exemplo, o que gera uma média de permanência alta, sem giro de leito e,

consequentemente, a dificuldade de acesso de quem mais precisa, assim como apresentado a falta de materiais e equipamentos necessários para a assistência de qualidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Os familiares demonstraram ter conhecimento dos seus direitos, quanto a uma assistência de qualidade ao internado e ser visto dentro das suas necessidades. De acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde, a Saúde é reconhecida como um direito fundamental do ser humano, cabendo ao Estado e aos gestores dos serviços de saúde garantir as condições indispensáveis ao seu pleno exercício e acesso a atenção e assistência à saúde em todos os níveis de complexidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

A falta de informação a ser repassada aos familiares implica no despreparo dos profissionais em acolher e inserir os familiares no processo, desde o momento de atendimento até a internação emergencial. Os familiares ficaram desinformados quanto aos procedimentos adotados em relação ao paciente e à própria situação deste, vivenciando todo o ambiente e atendimento sem ter conhecimento e ficando a mercê de suas imaginações, o que gerou ansiedade, medo e insatisfação com o serviço e o atendimento do profissional.

Segundo a portaria nº 3.390, de 30 de Dezembro de 2013 que institui a PNAH faz-se necessário o acolhimento com a escuta ética e adequada das necessidades de saúde do usuário no momento de procura ao serviço de saúde e na prestação de cuidados com a finalidade de atender à demanda com resolutividade e responsabilidade. Para isso é necessário que se tenha um olhar em relação aos aspectos ético, humanizado e acolhedor de forma dialógica envolvendo e orientando o familiar nas atividades realizadas, dessa forma evitando preocupações e dificuldades nesse processo de atendimento e internação. Esta relação diz respeito não somente dos profissionais com os usuários assim como também de forma interdisciplinar como trata a PNAH. É importante considerar a escuta qualificada, o diálogo não somente como ouvir o outro, mas também incentiva-lo á participação no contexto apresentado. É notório que um diálogo qualificado pode diminuir distancias, ansiedades e preocupações, fortalecer os laços interdisciplinares, bem como entre o paciente e seu familiar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

A consideração que certos profissionais parecem despreparados para lidar com pacientes em estado crítico, assim como o descaso com estes, foi reparado a falta de sensibilidade e preocupações com os sentimentos gerados durante os cuidados, demonstrando o desapego emocional da equipe. Assim como a falta de planos de cuidados que atendam as necessidades reais das pessoas que dependem desses para sua recuperação e reabilitação. Sabem que estes aspectos afetam diretamente a vida das pessoas que dependem desses profissionais e da execução

adequada dos planos de cuidados. Essa situação deixou os familiares em um estado de insegurança, desconfiança e desconforto em relação à assistência prestada.

A dificuldade de atuação da equipe multidisciplinar como: A falta de conhecimento técnico científico piorou a condição de comunicação e interação com o paciente e familiar, levou falta de envolvimento e distanciamento do familiar a falhas técnicas no planejamento e organização do serviço. Estas questões levaram a insegurança do familiar em relação ao cuidado que seria prestado ao paciente que correlacionam com a falta diretamente com as questões de humanização. De acordo com o modelo de atenção hospitalar estabelecida pela PNAH os dispositivos para cuidado em saúde necessita assegurar o acesso, a qualidade da assistência e a segurança do paciente.

Faz-se necessário que o modelo de atenção à saúde concentre-se também no usuário-cidadão como um ser humano integral, abandonando a fragmentação do cuidado que transforma as pessoas em órgãos, sistemas ou pedaços de gente doentes. As práticas interativas, mais holísticas, devem estar disponíveis como alternativas de cuidado à saúde. A humanização do cuidado, que envolve desde o respeito na recepção e no atendimento até a limpeza e conforto dos ambientes dos serviços de saúde, deve orientar todas as intervenções (FÓRUM DA REFORMA SANITÁRIA, 2006, p.389).

Nesse momento de sofrimento, o familiar que está diretamente em contato com o paciente e atendimento, demonstrou não estar preocupado e com condições pelo estado fragilizado em responder as questões burocráticas e encaminhamentos com os aspectos materiais, deixando claro que não é uma prioridade para eles nesse momento, e que o posicionamento das pessoas neste cenário não foram adequados, por não saberem o melhor momento e a melhor pessoa a recorrer.

O que deve orientar a organização dos serviços de atenção e atuação dos profissionais da saúde é a de tornar mais fácil a vida do usuário, no que diz respeito aos seus direitos. Trata-se de organizar o SUS em torno dos preceitos da promoção da saúde, do acolhimento, dos direitos à decisão sobre alternativas terapêuticas, dos compromissos de amenizar o desconforto e o sofrimento dos que necessitam assistência e cuidados (FÓRUM DA REFORMA SANITÁRIA, 2006, p.385).

Cabe aos serviços de saúde e aos profissionais atentarem para as necessidades dos pacientes, assim como de seus familiares garantindo-lhes seus direitos, dando condições de assistência com qualidade e o conforto necessário, respeitando desta forma o princípio da integralidade que visa atender as demandas e desafios explícitos, mas como também as necessidades de saúde como um todo, vendo o ser humano em toda a sua dimensão enquanto ser

humano, buscando desta forma um olhar mais ampliado aos familiares que estão inseridos nestes serviços.

A PNH emerge da convergência de três objetivos centrais: (1) enfrentar desafios enunciados pela sociedade brasileira quanto à qualidade e à dignidade no cuidado em saúde; (2) redesenhar e articular iniciativas de humanização do SUS e (3) enfrentar problemas no campo da organização e da gestão do trabalho em saúde que têm produzido reflexos desfavoráveis tanto na produção de saúde como na vida dos trabalhadores (MORI & OLIVEIRA 2009).

Os impasses éticos, políticos, financeiros e de organização do sistema de saúde presentes no cenário brasileiro, impõe-se o debate sobre a humanização e o questionamento do modelo técnicoassistencial e a qualidade da atenção à saúde no que tange à disponibilização de tecnologias, recursos e saberes aos sujeitos e às populações visando minimizar seu sofrimento. Neste sentido, apostar na humanização da atenção e gestão do SUS retoma a agenda da reforma sanitária ao chamar atenção para a necessidade de problematizar os modos de fazer presentes nas práticas de saúde desenvolvidas pelos trabalhadores e equipes no cotidiano (DESLANDES, 2005).

Em 2005, o Ministério da Saúde do Brasil lançou a PNHAH cujo objetivo principal é aprimorar as relações dos profissionais da saúde, tanto entre si como do hospital com a comunidade. Para isso, é preciso valorizar o ser humano, qualificando os hospitais públicos, transformando-os em organizações modernas, solidárias, com vistas a atingir as expectativas dos gestores e da comunidade (BRASIL, 2005).

A humanização da assistência requer uma interação entre o profissional, paciente e familiar que estão envolvidos no processo, sendo aqui o familiar, buscando trocar suas vivências e experiências, visando uma forma mais ampliada de ver e estar com o outro, considerando também os aspectos do ambiente do serviço de urgência e emergência, insumos e aspectos administrativos. Onde estas mudanças podem melhorar os enfrentamentos dos familiares, assim como o resultado da assistência e a relação entre os envolvidos.

Minimizar os problemas encontrados nos serviços de saúde em relação aos processos de trabalho, organização do serviço de saúde e as relações entre profissionais e usuários não é uma tarefa fácil requer mudanças e aprimoramentos técnicos e procedimentais, mais do que capacidades lógicas administrativas e gerenciais, requer uma ética nas relações entre saberes, práticas e das relações entre os envolvidos. Nesse sentido, a PNH, tem buscado contribuir no equacionamento e no enfrentamento de problemas como: a desvalorização dos trabalhadores da saúde, a precarização das relações de trabalho, o baixo investimento em processos de educação permanente em saúde, a pouca participação na gestão dos serviços e a interação entre gestores,

profissionais e o frágil vínculo com pacientes e seus familiares (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Potencialidades de melhora. O familiar demonstrou ter outro olhar frente ao serviço de saúde, repara que problemas de humanização existem num contexto que possui potencialidades de melhora, que existem qualidades do trabalho no serviço de saúde, valorizando as potencialidades deste serviço.

Mesmo diante de um cenário com problemas de humanização e diante da gravidade do paciente, o familiar consegue identificar a qualidade dos serviços de saúde, as responsabilidades dos componentes da equipe de enfermagem, valorizando a existência desse serviço por não ter outro recurso para emergência, e atendimento das suas necessidades de saúde, percebe a atuação do profissional dentro das possibilidades existentes, aprecia o sentido heroico dos profissionais que realizam suas atividades sem condição de trabalho como a falta de insumos essenciais para se prestar uma assistência de qualidade.

“Os profissionais atenderam bem, o fisioterapeuta, a técnica de enfermagem deram atenção pra gente, o enfermeiro correu atrás do que ela estava precisando, deu informações, deu opção de escolha do que eu poderia fazer”(F1).

“Eu gostei do jeito que eles atenderam, (...) foi bom porque nem sempre a gente tem dinheiro pra pagar uma cirurgia, eles atenderam rápido e fizeram o que deveriam fazer”(F6).

“Fiquei mais aliviado, quando ele chegou aqui (...) eles foram rápidos, já foi atendido na hora, foi muito bem tratado, verbalmente eles não falavam muito, mas eles não foram agressivos, bem humorados, com atenção e responsabilidade(...)” (F7).

“Usaram de boa vontade de garra dentro da saúde pública com falta de luvas, de gases e de tudo. Foram feras, utilizaram instintos humanos e agiram na técnica, na raça pra salvar vida (...), a vontade deles me chamou atenção (...) é um sentimento de gratidão pelos que eles fizeram, pelos profissionais que eles foram naquela hora”(F8).

O familiar entende que os profissionais atuam em condições de trabalho difíceis e que muitas vezes estão em uma condição fragilizada, precisando tomar decisões diante de um cenário caótico e sem condições de atuação faltando materiais e equipamentos necessários para salvar vidas, prestar uma assistência de qualidade levando em alguns casos ao sofrimento dos profissionais. Valorizam o atendimento heroico desses profissionais, conhece as responsabilidades destes e a necessidade de suas atuações nestes serviços para assistência e reabilitação dos pacientes. Sabem que faltam insumos necessários e um ambiente adequado, porém afirmam o valor desses serviços públicos por não possuírem outras alternativas de atendimento emergencial, implicando nas questões relacionadas a humanização, integralidade e atitude acolhedora relacionada ao usuário e ao trabalhador do serviço de saúde.

No processo de construção do SUS, e mesmo antes da constituição da PNH, em 2003, verificamos o tema referente à humanização aparece em vários contextos, geralmente ligado à busca de melhoria na qualidade da atenção ao usuário, e também, mais recentemente aos

trabalhadores da saúde buscando ver as suas necessidades e dificuldades no seu processo de trabalho. Pelo lado dos usuários, a reivindicação pode ser sintetizada pelo clamor de qualificação e de ampliação do acolhimento o qual tem significado no ato de acolher e inserir principalmente os familiares nesse processo, assim como da resolutividade e da disponibilidade dos serviços (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Os trabalhadores ou parte deles querem melhores condições de trabalho que estão relacionadas aos insumos e ao ambiente adequado para atender o usuário com mais qualidade, e conforto para quem realiza o cuidado, assim como de formação profissional, para lidar satisfatoriamente com a intensidade do impacto que o enfrentamento cotidiano da doença e do sofrimento impõe, bem como para dar conta dos desafios da assistência nas perspectivas da universalidade, da integralidade e da equidade da atenção à saúde, consignadas pelo Sistema Único de Saúde (SOUZA & MENDES, 2009) .

O familiar consegue ter um olhar mais ampliado em relação às responsabilidades e o atendimento adequado por parte de alguns profissionais da saúde destacando principalmente o papel integral do enfermeiro. Considerando a atenção dada por alguns profissionais em relação às informações de qualidade, oportunizar opções de escolha, estarem bem humorados mesmo diante de uma situação caótica e o ambiente de emergência, agirem com responsabilidade ética, dedicação visando a resolutividade dos problemas de saúde, apesar da falta de insumos, materiais e equipamentos.

A atenção integral e acolhedora tem sido uma das preocupações dos familiares que estão inseridos nos serviços de urgência e emergência e destacam os profissionais que buscam prestar um atendimento respeitando esses princípios.

A integralidade é um dos princípios doutrinários do SUS e presa por ver o ser humano dentro da sua integralidade não apenas no tratamento da doença, mais também na forma de organização desse trabalho para atendê-lo, assim como a organização dos serviços de saúde. Assim como nas formas de se relacionar. Em relação a estes aspectos foram sistematizados três sentidos sobre a integralidade que possui por base estes movimentos sendo: A integralidade como boa atuação do profissional da saúde, a integralidade como forma de organizar as práticas e como respostas governamentais a problemas específicos de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

A forma como as práticas estão configuradas socialmente, vão ditar como será o atendimento na integralidade, a fim de que um tratamento ou atendimento na saúde tenha sucesso é de suma importância que a integralidade no atendimento, na organização dos serviços de saúde, e nas políticas de saúde estejam em sintonia e sistematizados. A integralidade deve estar no diálogo com o usuário e seus familiares, onde os profissionais da saúde devem buscar um olhar

além das demandas explícitas, valorizando as necessidades dessas pessoas no que diz respeito a sua saúde, valorizando o seu todo e não apenas as partes como identificado pelos familiares (MATTOS & PINHEIRO, 2005).

Estes aspectos estão diretamente relacionados com as questões de humanização na visão dos familiares, onde apontam que apenas alguns profissionais da área da saúde destacando os enfermeiros atendem estes princípios. Desta forma faz-se importante uma percepção e atenção aos aspectos emocional, cultural e social nos serviços de emergência e não apenas o enfoque nos aspectos biológicos como já é uma realidade nestes serviços e nas pesquisas nessa área. Nesse cenário é grande o desafio para que as práticas assistenciais atendam à integralidade, uma vez que nesse espaço, privilegiam-se determinadas formas de relações como as do domínio do conhecimento clínico, o qual impossibilita muitas vezes o profissional a ter outro olhar além dessa dimensão, voltada a uma atitude acolhedora e humanizada.

Em relação aos problemas de humanização, percebeu-se que os familiares enfrentam problemas no atendimento emergencial. Ao longo da internação os participantes os participantes observaram a precariedade do serviço de saúde incluindo a falta de atendimento dos direitos dos usuários e a frequente violação à privacidade e a falta de envolvimento dos profissionais. Apesar do familiar não conhecer os protocolos para conduta e tomada de decisão, demonstra uma visão crítica e noções gerais dos direitos do paciente e a respeito das responsabilidades e condutas dos profissionais. Diante disso, sentiu revolta, indignação e medo entre outros sentimentos. Constatou-se que os apontamentos feitos pelos familiares condizem com a reconhecida necessidade de humanização e da qualidade de serviços médicos de emergência. Desta forma compreende-se a pertinência das observações dos familiares, justificando uma escuta mais sistemática dos anseios dos familiares como princípio da integralidade nas praticas da saúde e em conformidade com o proposto na política de humanização.

Ficou claro que o familiar consegue identificar as potencialidades do serviço e as qualidades heroicas no trabalho em condições difíceis, entende as fragilidades dos profissionais dentro de um cenário caótico e sem condições de trabalho para uma assistência de qualidade. Conhece a necessidade de suas atuações e insumos necessários para assistência e reabilitação aos pacientes, valoriza esse serviço por ser a única alternativa e destaca os profissionais com atendimento diferenciado.

Alguns profissionais ao trabalhar em condições desfavoráveis acabam-se por acostumar com a realidade encontrada, deixando de ter uma atitude transformadora e humanizada. Os familiares não atribuem as dificuldades apenas à conduta e responsabilidade dos profissionais, consideram a organização do serviço e o estado do paciente. Para melhorar a capacidade de

enfrentamento dos familiares, assim como o resultado da assistência e a relação entre os envolvidos, faz-se necessário a elaboração de propostas voltadas à um olhar que vai além das necessidades biológicas emergenciais, considerando o proposto pelo MS nas PNH, PNAU (2006) PNAH (2013) e o Manual instrutivo da ERA (2013), propondo condição mais humanizada e justa tanto aos profissionais de saúde, quanto aos usuários.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Constatou-se que os familiares enfrentam problemas, referente às questões de humanização e acolhimento nos serviços de saúde, que eles perceberam aspectos negativos destes serviços e da assistência a saúde como: falta de insumos, aparelhos com defeitos, acomodação inadequada e falta de privacidade para realização dos procedimentos, os quais são realizados de forma expostas, e a arbitrariedade de certas decisões. Repararam os procedimentos realizados sem as devidas precauções, deixando de atender protocolos e princípios éticos importantes para conduta e tomada de decisão, expondo ao risco de vida, deixando de atender a necessidade de saúde do paciente e a integralidade dos cuidados.

A política publica preveem a necessidade do profissional da saúde exercer sua função, com um olhar mais ampliado ao ser humano, com uma dedicação integral e de acolhimento que estão diretamente relacionadas com os princípios e a política de humanização. Deixando de objetivar o ser humano, valorizando mais o cuidado prestado a este o qual faz parte do objeto de trabalho em saúde, tendo como finalidade o atender as necessidades e problemas de saúde das pessoas, visando como resultado o bem estar físico, emocional e social.

A forma em que a assistência esta organizada causa um impacto emocional marcante nos familiares que vivenciaram o atendimento e a internação emergencial de pessoas com politraumatismos, e que estavam diretamente relacionados com a falta de humanização nesses serviços de saúde, aspectos estes que influenciou seu bem estar, a sua capacidade de enfrentamento do problema de saúde do paciente e suas consequências, assim como seu comportamento posterior durante processo.

Faz-se necessário que os serviços de saúde e profissionais atentem para os familiares ao propor estratégias para melhorar a qualidade da assistência, formação dos profissionais e adequações necessárias da estrutura física e recursos humanos de acordo com o preconizado pela PNH (2005), da Atenção Hospitalar (2013), da Atenção as urgências e emergências (2006) e por fim o manual instrutivo da Rede de Atenção as urgências e emergências (2013). Visando Atender as necessidades de saúde da população e principalmente direcionar um olhar mais ampliado ao

familiar que está diretamente exposto no serviço médico emergência necessitando ser acolhido, inserido e visto na sua integralidade.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, L.M. et al. Atendimento humanizado nos serviços de emergência hospitalar na percepção do acompanhante. **Revista Eletrônica de Enfermagem** ., 2009; 11(1):151-7.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Cadastro Nacional de estabelecimento de Saúde. Disponível em: http://www.cnes.datasus.gov.br/Município_de_várzea_Grande_acesso_25/05/2014.

BRASIL. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. [online]. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, com alterações. Diário Oficial da União 1990 Set 20. [acessada 2015 Abr 25] Disponível: http://www.bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicações/progestores/leg_sus.pdf

BRASIL. O SUS no seu município: garantindo saúde para todos / [Ana Lucia Pereira et al.]. - Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 40 p.: il. color. - (Série B. Textos Básicos de Saúde). [acessada 2015 Abr 25] Disponível: <http://www.sna.saude.gov.br/.../cartilhadosuseosmunicípios.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Saúde. Documento Base. 4ª ed. Brasília: Ministério da Saúde (MS); 2006.

BRASIL. Política nacional de atenção às urgências / Ministério da Saúde. – 3. ed. ampl. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 256 p.: il. – (Série E. Legislação de Saúde) ISBN 85-334-16-9 1. Serviços médicos de emergência. 2. Legislação de saúde. I. Título. I. Série.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza/SUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde [BR]. Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Brasília (DF): MS; 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS) Editora MS Brasília – DF, 2013

BRASIL. Resolução Conselho Nacional de Saúde nº 466, de 12 de Dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 13 de junho. 2013.

BETTINELLI L.A.; ERDMANN A.L. Internação em unidade de terapia intensiva e a família: perspectiva de cuidado. **Av Enfermagem** 2008; 28 (91):15-21.

BIROLINI, D. **Cirurgia de emergência: com testes de auto avaliação**. 2.ed São Paulo: Atheneu, 2011.

CHARMAZ, K. **A construção da teoria fundamentada: guia prático para análise qualitativa**. [Tradução de Joice Elias Costa]. Porto Alegre: Artmed, 2009.

DESLANDES S.; AYRES, J.R.C.M. Humanização e cuidado em saúde [editorial]. **Ciência da Saúde Coletiva** 2005; 10(3): 510.

FÓRUM PERMANENTE DAS PATOLOGIAS CLÍNICAS. **Direito do paciente. O Mundo da Saúde**. 1995;19(10):347-9.

FÓRUM DA REFORMA SANITÁRIA. **SUS pra valer: universal, humanizado e de qualidade. Saude em Debate**, v.29, n.31, p.385-96, 2006.

GAIVA M.A.M.; SCOCHI C.G.C. A participação da família no cuidado ao prematuro em UTI Neonatal. **Rev. Brasileira Enfermagem**. 2005;58(4):444 8

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Dados Estatístico da populacional. 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 25/05/2014.

LEDERMAN, Z ; WACHT, O; Family presence during resuscitation: attitudes of Yale-New Haven Hospital Staff. **YALE JOURNAL OF BIOLOGY AND MEDICINE** 87 (2014), pp.63-72. Copyright © 2014.

MATTOS, R. **Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos**. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. (Orgs.) **Os sentidos da integralidade e no cuidado em saúde**. 4,ed Rio de Janeiro: Cepesc/IMS/Uerj/Abrasco,2005.

MORI. M.E.; OLIVEIRA, O.V.M. Os coletivos da Política Nacional de Humanização (PNH): a cogestão em ato. **Interface Comun Saúde Educ** 2009; 13(Supl. 1):627-640.

RAMOS, D.D.; LIMA, M.A.D.S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, **Brasil. Cad. Saúde Pública**. 2003;19(1):27-34.

SALOME, G.M.; MARTINS, M.F.M.S; ESPOSITO, V.H.C. Sentimentos vivenciados pelos profissionais de enfermagem que atuam em unidade de emergência. **REVISTA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM**, BRASÍLIA, v. 62, n. 6, Dec. 2009.

SOUZA, L; Assunção, A; Simões, J. C. Vivências em Serviço de Urgências: o papel dos acompanhantes dos doentes. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.20, n.1, p.195-206, 2011.

SOUZA, L.A.P.V.; MENDES L. F. O conceito de humanização na Política Nacional de Humanização (PNH) **Interface COMUNICAÇÃO ,SAÚDE ,EDUCAÇÃO** v.13, supl.1, p.681-8, 2009.

ARTIGO CIENTÍFICO II

FAMILIARES DE PACIENTES COM POLITRAUMATISMO COMO AGENTE ATIVO NO SERVIÇO MÉDICO DE EMERGÊNCIA PATIENTS FAMILY WITH ACTIVE AGENT AS POLYTRAUMA NO URGENCY AND EMERGENCY SERVICE

RESUMO. As pesquisas que envolvem os familiares de pacientes críticos estão voltadas a um grupo de pessoas com maior vulnerabilidade: idosos, crianças e pessoas com alguma deficiência física. Poucos estudos e olhares são voltados para os familiares de pacientes atendidos nos serviços médicos de emergências. Nos estados Unidos já é realidade e pensado e tem se pensado nessa realidade. Objetivou-se descrever a vivência do familiar de pessoas com politraumatismos, como agente ativo no serviço médico de emergência. Trata-se de um estudo qualitativo fundamentado no método da teoria fundamentada nos dados. A coleta dos dados ocorreu em um hospital público no interior do Estado de Mato Grosso entre outubro e novembro de 2014. A amostragem teórica constituiu-se de oito familiares que vivenciaram o atendimento e internação emergencial as pessoas com politraumatismos. Para tratamento dos dados utilizou-se das estratégias descritas por Charmaz (2009). Os resultados mostraram que o familiar no serviço de emergência é um agente ativo o qual enfrenta tarefas árduas, constantemente necessitam agilizar encaminhamentos para UTI e outros hospitais, agilizar recursos, atendimentos de maior complexidade, e resolutividade nos serviços de saúde, buscando salvar seu próximo. Enfrentam obstáculos que estão diretamente relacionados às fragilidades pelo abalo emocional, pela falta de conhecimento, assim como a falta de envolvimento do mesmo pela equipe de saúde. Mesmo diante de toda situação, ainda consegue mobilizar recursos de enfrentamento psicológicos. Considera-se importante uma visão mais ampliada dos profissionais da área de saúde, faz-se necessário entender que o cuidar não está restrito somente ao paciente, mas também ao seu familiar e/ou cuidador, que precisa ser acolhido e inserido neste processo como agente ativo que necessita ser visto, orientado e instrumentalizado no e referente ao cuidado prestado.

Palavras-chave: Familiares, Serviços médicos de emergências, conhecimento.

ABSTRACT. Few Brazilian studies have addressed the family member who accompanies the patient in an emergency unit. Different from what happens in other countries, the family member receives little attention in these services. Therefore, the present study intends to study the experience of family members who accompany hospitalized patients. Data collection happened in a public hospital in the state of Mato Grosso - MT. The sample included eight family members that accompanied poly trauma patients. Data treatment followed the directions of grounded theory analysis in its constructivist guise proposed by Charmaz (2009). The critical study of the data, the construction of open and analytical codes based on what the data revealed, in order to organize and explain their meaning, resulting in the development of a theoretical model concerning the lived experience of the situation by the family member. The results suggest that the family members are active agents in the process. They face difficult tasks, are responsible for obtaining reference to intensive treatment units or to other hospitals, obtain treatment means, speed up complex interventions and decision making in order to save their beloved's life. They also face obstacles directly related to their own vulnerability because of the emotional impact, lack of knowledge, and lack of inclusion by the professional team. In spite of these difficulties, they are able to mobilize resources and psychological coping mechanisms. Health professionals should understand that care is not restricted to the patient, but includes the family and caretakers that need to be received and included in the process as an active agent who needs to be instructed and empowered to contribute adequately to patient care.

Keywords: Family, The Family Perception, Urgent and Emergency Service.

INTRODUÇÃO

A urgência é definida por ocorrência imprevista de agravo a saúde com ou sem risco potencial a vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata e a emergência como a constatação médica de condições de agravo a saúde que impliquem sofrimento intenso ou risco iminente de morte, exigindo, portanto, tratamento médico imediato. Nestes setores são necessários a agilidade, conhecimento técnico e científico, habilidades e destreza manual, condições de lidar com situações de vida ou de morte (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

No Brasil, as unidades de urgência e emergência são cada vez mais procuradas. Nessa realidade, sobressai a precariedade desses serviços onde encontramos: corredores aglomerados de pacientes em macas sem colchões, sem privacidade, conforto ou segurança, à espera de atendimento e, ainda, vulneráveis a infecções cruzadas. Nesse ambiente, podemos encontrar, ainda, os familiares, geralmente desinformados quanto aos procedimentos adotados em relação ao paciente e à própria situação deste (ANDRADE et al., 2009).

Os familiares estão inseridos neste ambiente hospitalar e necessitam de atenção, muitas vezes desinformados e desarticulados de todo o processo de atendimento e internação, encontram-se em um momento de emergência, num estado de maior fragilidade, seja biológica, psíquica ou social, uma vez que no momento de atendimento a emergência faz com que sejam experienciadas uma ambiguidade de sentimentos e emoções, que muitas vezes não vivenciados no seu cotidiano, algo que em suas concepções é um momento de risco de vida para o seu ente querido (BIROLINI, 2011).

Em 2005, o Ministério da Saúde do Brasil lançou a Política Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) cujo objetivo principal é aprimorar as relações dos profissionais da saúde, tanto entre si como do hospital com a comunidade. Para isso, é preciso valorizar o ser humano, qualificando os hospitais públicos, transformando-os em organizações modernas, solidárias, com vistas a atingir as expectativas dos gestores e da comunidade (BRASIL, 2005).

A não inserção dos familiares nos processos de atendimento e internação emergencial leva-nos a refletir sobre as condições de acolhimento nos serviços de urgência e emergência e como estes veem os familiares, como estão organizados para atendê-los, inseri-los e orienta-los no processo. A partir desse questionamento, cogitamos que a não inserção do familiar, a falta de orientação e a forma em que os serviços estão organizados podem dificultar o processo no atendimento emergencial, resolutividade do serviço, assim como o comportamento posterior desse familiar, repercutindo na qualidade da assistência prestada, formas de enfrentamento do familiar e

recuperação do paciente. Onde se buscou compreender a vivência do familiar como agente ativo no período de atendimento e internação emergencial de pessoas com politraumatismos.

MÉTODO

Trata-se de um estudo qualitativo baseado no método da teoria fundamentada em dados, descrita por Charmaz (2009). O estudo foi realizado em hospital público do interior de Mato Grosso. Os dados foram coletados de oito familiares, no período de outubro a novembro de 2014, durante a internação de pacientes com politraumatismos, após 24h de sua permanência no Box de emergência, devido o acolhimento dos pacientes e familiares no momento de sua chegada a unidade e durante todo período de internação, por meio de entrevista semiestruturada através de um roteiro com questões norteadoras, as quais foram gravadas e posteriormente transcritas.

A análise dos dados foi realizada de acordo com os preceitos da teoria fundamentada na sua modificação construtivista proposta por Charmaz (2009) esta se deu por etapas seguindo uma ordem hierárquica e sequencial, porem inter-relacionadas, com transcrição da entrevista na integra com elaboração de memorandos, codificação inicial, codificação focalizada utilizando os códigos anteriores mais significativos, agrupando-os de acordo com suas semelhanças, similaridades e diferenças, desenvolvendo as categorias; após codificação teórica, identificando as relação entre as categorias desenvolvidas ilustrando suas relações por meio das falas; onde foi realizado uma integração entre os dados coletados e as literaturas levando a um modelo teórico representando a realidade vivenciada pelos familiares nos serviços de urgência e emergência.

Seguindo os princípios defendidos pela autora, manteve-se a atitude de agnosticismo teórico, que consiste na recusa de alinhar a interpretação dos dados precocemente aos conceitos de uma escola ou tradição de pesquisa já estabelecido, e de estar aberto para as possíveis contribuições de todos os modelos teóricos relevantes, aguçando sempre a sensibilidade teórica com a ajuda de um uso ajuizado dos conceitos sensibilizadores adquiridos em experiência profissional na área de enfermagem de urgência e emergência.

Para o desenvolvimento da pesquisa foram levados em consideração os princípios éticos de acordo com a resolução 466/ 2012 sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Conselho Nacional de Saúde, sendo o projeto de pesquisa aprovado CEP da PUC – Parecer nº 32361814.8.000.0037.

RESULTADOS E DISCUSÃO

Os familiares demonstraram ser ativos dentro do processo de atendimento emergencial, após análise dos dados e comparação dos significados das categorias foi possível a construção de um

eixo para organizar as diferentes dimensões desse familiar como agente ativo no serviço de emergência. Eixo: O familiar como agente ativo, os dados revelaram 3 categorias: O familiar enfrentando tarefas árduas durante o processo de internação; O familiar enfrenta obstáculos internos e externos; O familiar mobiliza recursos de enfrentamento psicológicos.

O familiar enfrenta tarefas árduas durante o processo de internação. Durante esse processo de internação, constantemente os familiares necessitaram buscar informações sobre o estado de saúde do internado, precisam garantir que o paciente seja atendido, agilizam encaminhamentos para UTI e outros hospitais, muitas vezes recebendo ajuda de pessoas conhecidas que facilitaram o atendimento no hospital e no processo de transferência. Esse mesmo familiar precisa atuar nos cuidados com o internado e reivindicar seus direitos para que esse seja atendido.

Os familiares frequentemente precisam buscam informações sobre quem são os profissionais, condutas e o estado do internado, assim como informações críticas para esclarecimento sobre encaminhamentos, a condição de saúde e cuidados realizados.

“Ficar correndo atrás dos médicos e enfermeiros pra dar informações” (F4).

“Eu perguntei pra uma enfermeira a minha irmã deu entrada aqui com acidente de moto? Você é enfermeira chefe? Mais está aqui hoje você e mais quem? Quem é o médico de plantão, ele é clínico? O que ele é? Ela respondeu é cirurgião! E onde está minha irmã? Onde é a tomografia? (...) eu queria resolver, solucionar eu não sou muito emotiva, queria saber (...) eu tive essas informações mais não acho legal a gente entrar e ver, acho que tinha que ter alguém pra informar quem era o médico que estava cuidando dela (...) Fui na sala da assistente social pra saber o que fazer pra conseguir uma vaga nos hospitais particulares, como é o processo? vocês que ligam, a gente que tem que ir atrás, é a defensoria que decide? (...)” (F8).

Os familiares demonstraram que precisam garantir que o paciente seja atendido e sabem que possui esse direito, necessitam garantir vaga em UTI. Buscam conhecidos que mobilizam-se conseguindo articular junto a justiça transferência para UTI, procura agilizar vaga para UTI e outros hospitais enfrentando processos burocráticos e demorados, visando salvar vida do seu próximo, proporcionar melhorias e qualidade no atendimento.

“Pra falar a verdade quando você vai ver essas coisas você se sente incapaz você está num lugar que você tem direito só que você não pode fazer nada, é como se você tivesse pedindo um favor pras pessoas, você se sente incapaz de não poder nem brigar que ainda piora. (...) Fiquei todo momento correndo atrás falando com um e com outro tentando agilizar a transferência para outro hospital (...). Sorte que ela tinha conhecido no setor” (F1).

“Eu corro pra lá, corro pra cá atrás de conhecimento, quem não tem conhecimento tem que ficar no banco esperando mesmo, procurei ajuda, depois de dois dias conseguimos uma UTI pra ele” (F2).

“Entramos com uma ação pra conseguir a UTI na justiça, como a patroa dele é advogada conseguiu no outro dia, pra conseguir a vaga da UTI aqui, já tinha duas vagas lá dentro só que só deixa ir com a justiça mesmo” (F3).

“Não é cruzando os braços que a gente vai ser feliz, não tinha aparelho eu fui atrás, não tinha UTI eu fui atrás cada dia que via uma coisa que eu conseguia solucionar eu tinha mais força” (F8).

O familiar precisa atuar nos cuidados com o paciente crítico, em alguns momentos tomando a frente dos cuidados de maior complexidade, sem ajuda da equipe se sentindo desamparado e perdido ao realiza-los.

“ Ela me dava um gaze pra eu mesmo limpar, o machucado da cabeça dele sendo que eu não tinha costume de fazer isso (...) eu ficava cuidando pra mosca não ir na boca porque a boca estava aberta por causa do aparelho pra respirar (...) Eu não iria sair dali antes da liberação da vaga UTI, enquanto eu puder ficar eu irei ficar, pensei que na UTI poderia ficar (...) tinha que ficar abanando” (F3).

O familiar percebe que para ser bem atendido e ter resolutividade no serviço de saúde precisa reivindicar, assim como entrar na justiça para obter um cuidado de qualidade e procedimentos necessários para restabelecimento da saúde do internado. Também demonstrou medo em reivindicar a assistência e prejudicar o paciente.

“Teve que brigar lá dentro pra ser atendido, ai quando veio um homem como era homem começou gritar lá dentro, brigar mesmo (...) se não aparecer alguém pra brigar e gritar lá dentro eles não fazem nada, falta força de vontade da parte deles, quando quer faz” (F3).

“ Eu montei todo o processo, deixei no ministério público no tribunal de contas, questionando (...) se tem condições do SUS bloquear uma conta e fazer uma cirurgia, por que não comprar um aparelho que custa 200 dólares ,180 mil reais, e eu levei essa denuncia para o ministério público... uma cirurgia de 120 mil reais foi aprovada graças a Deus” (F8).

Essas forças especiais eram necessárias para buscar informações, as quais foram fundamentais, para ajuda-los a compreender o processo de internação, condição de saúde e encaminhamentos a serem feitos, desta forma dinamizando o trabalho da equipe de saúde e minimizando sua insegurança e o sofrimento, mostraram-se capazes e interessados em saber os acontecimentos e quais encaminhamentos seriam necessários para o restabelecimento de saúde do paciente.

O paciente dependia, em diferentes situações do familiar para agilizar recursos, o atendimento de maior complexidade e resolutividade no serviço de saúde, o qual procurava buscar salvar o seu próximo. Apesar da iniciativa e participação do familiar ser um aspecto importante é dever do estado e dos serviços de saúde garantir esse acesso e resolutividade diminuindo assim a responsabilidade e enfrentamentos dos familiares, assim como de intervir e saber qual familiar teria a melhor condição para estar articulando as questões referentes ao cuidado como já é uma realidade em outros países e como disposto no art. 1º e 2º da Lei n. 33/2009.

É importante ressaltar que o SUS deve assegurar o acesso aos usuários nos serviços de saúde, assim como as questões de resolutividade, as quais estão diretamente relacionadas com a capacidade destes serviços resolverem os problemas de saúde/ doença dos usuários atendendo-os de forma adequada, fazendo encaminhamentos para aonde suas necessidades sejam atendidas de

acordo com a sua complexidade. Em todos os níveis de atenção a saúde faz-se necessário esse acesso e resolutividade, desde uma consulta na atenção básica até o atendimento em serviço de urgência e emergência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

A tarefa de cuidar é inerente ao ser humano e não somente a uma classe de profissionais, esse cuidar pressupõe olhar o outro. Esse olhar deve ser de forma mais ampliada, possibilitando reconhecer, no outro e em seu sofrimento, algo de si mesmo; essa capacidade não se distribui uniformemente entre os diversos trabalhadores de saúde de um mesmo serviço e tampouco manifesta-se de forma igual para um mesmo sujeito, a cada dia e diante das experiências e vivência de cada um, essa forma de olhar poderá ser mudada. Tal disposição depende do processo de identificação que se estabelece entre o trabalhador e a pessoa de quem deve cuidar, processos esses permeados pela subjetividade. Nesse “enxergar” no outro uma pessoa que necessita de uma escutada qualificada e ser acolhida em suas demandas de saúde. Questões estas que são desafiadoras no processo de cuidar do outro e de si mesmo (CAVALCANTE et al., 2012).

È necessário que os profissionais que atuam nos serviços de urgência e emergência, assim como estudos nessa linha, busquem ver os familiares como agente ativo no processo, suas habilidades, facilidades e dificuldades, analisando os possíveis impactos e prevenindo estes, inserindo-os no processo de cuidar, orientando, acompanhando para a alta hospitalar, visando assim otimizar o trabalho em saúde e a resolutividade dos problemas, visto que esses familiares em muitas situações precisaram realizar tais cuidados com os pacientes quando forem de alta hospitalar.

O familiar enfrenta obstáculos internos e externos. Os familiares frequentemente necessitam executar tarefas na unidade de internação emergencial, enfrentando obstáculos relacionados aos fatores internos e externos. Dentre os fatores internos o familiar demonstrou fragilidades e falta de conhecimento. As fragilidades foram relacionadas aos impactos na direção da sua vida, abalos emocionais ao executar as tarefas nas pessoas em estado grave que requerem um cuidado mais complexo, assim como ver procedimentos invasivos. Já os obstáculos externos estão relacionados a falta de envolvimento dos familiares nas atividades por parte dos profissionais de saúde.

Os obstáculos internos incluem fragilidades por causa dos impactos na direção da vida referindo que estão financeiramente desamparados frente às necessidades dos pacientes, que os projetos de vida da família foram rompidos pelo acidente, pela consequência para saúde, procedimentos invasivos realizados no hospital que levou a incapacidade grave do internado implicando em sua vida futura.

“Como eu vou cuidar dele é minha maior preocupação, porque dedicação eu tenho, mais é no financeiro que é o problema (...). Meu esposo trabalha, e agora a vida nossa mudou de cabeça pra baixo, mudou pro um rumo que não estávamos planejando, por um acidente de transito, acabou-se tudo. Agora a gente tem que esperar um dia após o outro pra ver a recuperação dele, um dia é uma coisa, outro dia outra coisa que acontece” (F2).

“Fiquei pensando no amanhã, tenho uma filha de 4 anos e ela perguntou pra mim! Mãe o meu pai vai andar? Como ele vai andar? Eu falei seu pai vai andar, eu vi que ela estava com angustia, tristeza e com medo de perder o pai.(encheu os olhos de lagrimas) ficou sem falar” (F6).

Outro obstáculo interior está no abalo emocional devido às notificações da internação, ver o tumulto e os procedimentos realizados, em ver a gravidade das pessoas que chegaram o cenário do serviço de emergência, ressaltando não estar acostumado e preparado para tais situações. Ficando transtornado e desorientado, demonstrando ter perdido a noção dos dias com medo, desesperado e preocupado com a gravidade do estado de saúde do internado. Mesmo assim precisou assumir responsabilidades apesar do seu estado fragilizado e abalo emocional.

“Vários enfermeiros já vieram aplicando o soro colocando o remédio, porções de remédio, aparelho ele ficou com porções de aparelhos, eu fiquei nervosa ali “(...) o médico veio falou pra mim que ele teria que sair logo do box depois dos primeiros atendimentos, pra fazer a tomografia com urgência, poderia até vir a morrer por conta do oxigênio, levaram ele com risco ainda, ele teria que sair com oxigênio até chegar no bloco para fazer a tomografia(...) veio um médico especialista de cabeça ainda bateu a mão no meu ombro e falou: Olha o que poderia ter sido feito pelo seu esposo foi feito o estado dele é crítico agora precisamos esperar a UTI vou pedir com urgência. Doutor é grave? É gravíssimo! Eu me desesperei, comecei a chorar, fiquei nervosa, muito nervosa mesmo” (F2).

“Ele chegou já foi atendido, logo foram entubar ele, não pude ver quando eu voltei já tinha colocado todos os aparelhos, quando aconteceu eu fiquei pra fora um pouco, fiquei ali perto mesmo, eu também não aguento ver, fiquei ali fora esperando, se eu quisesse entrar eu poderia entrar, por que lá só tem aquela cortina, quando eu entrei eles pediram pra eu sair, eu sai, fiquei pro lado de fora fiquei preocupada. Os médicos não explica nada direito, já passa ali correndo, falou que ele precisava urgente de uma UTI, fiquei abalada, os enfermeiros também. Você chama o enfermeiro ele não vai porque já esta atendendo outras pessoas (...) ele ficou no box de emergência, chega gente de todo jeito ali, gente cortado, gente gritando, chama um não pode, chama outro não pode, nele ninguém queria mexer porque estava entubado, ficou sujo, até segunda? até terça? Chegou no domingo foi transferido na quarta feira! Quarta não! ou na terça?” (F3).

“Difícil, a gente não é acostumado com isso. No lugar em que ele encontra-se tudo que chega é ali, gente assassinado, esfaqueado, a gente que é do interior não é acostumado mexe muito com a cabeça da gente, a gente sai dali de dentro transtornado, sai zozinho, meio bobo, não é acostumado com isso. A pessoa que não é acostumado a viver em ambiente daquele fica transtornado” (F4).

“Senti medo de acontecer algo a mais porque ele estava desesperado gritando de dor e eles estavam enfaixando a perna dele e eu estava lá olhando aquele sangue esguichando na maca, eu sabia que tinha quebrou, foi acidente fatal, quando eu vi ele gritando senti muita ansiedade medo, angustia tudo misturado” (F6).

“Eu cheguei no trabalho a minha amiga disse que eu estava abatida, eu respondi: não tive forças nem pra chorar, que iria chorar depois, depois eu chorei muito, em dois momentos que eu chorei, quando o médico falou que teria a vaga na UTI eu sai dando pulos de alegria, o médico falou que ela não teria mais que 12h” (F8).

O familiar não sabe como agir diante do estado grave do internado ficando perdido no decorrer das atividades que precisam realizar. Sentindo-se desesperado e desamparado ao ter que realizar o cuidado sem ajuda da equipe, assim como ter que tomar decisões frente à gravidade do internado sem o conhecimento devido.

“Desesperada, fiquei desesperada, porque eu nunca passei por uma situação dessa graças a Deus eu nunca passei por uma situação dessa estou passando agora, tudo pra mim é novo, tudo é, eu não estou preparada psicologicamente pra tudo que eu estou passando aqui” (F2).

“Eu pensava que ele ia morrer o pai dele não chegava a mãe dele estava pra Bolívia, tentava falar com a mãe o telefone não pegava e o pai não chegava, eles falavam esse menino precisa operar logo, aí eu falei pro médico se for por decisão de salvar a vida dele, se tem que amputar pra salvar a vida dele amputa logo, por que vai segurar a vida dele, aí eles ficavam dizendo que já passou a hora de operar e o pai não chega” (F7).

Um obstáculo externo consiste no funcionamento do serviço, onde o familiar precisa assumir constantemente tarefas no ambiente de internação, deparando com uma equipe que não o envolve, sentindo-se excluído diante do atendimento prestado.

“A gente se sente inútil, sente pequena fica de mãos atadas, quer fazer e não pode fazer se sente inútil nessa hora quer fazer as coisas e não pode fazer” (F3).

“Deveriam ter mais sensibilidade e conversar com a pessoa que está do lado do paciente pra dar a orientação correta, a orientação devida falando o que vai acontecer assim à pessoa fica mais calma” (F4).

Em fim, o familiar encontra-se financeiramente desamparados frente às necessidades dos pacientes, apresentando fragilidades pelos impactos na direção de sua vida. É notória a dificuldade dos familiares em administrar a vida financeiramente frente aos custos imprevistos e muitas vezes importantes no contexto do orçamento familiar. Onde seus projetos de vida são diretamente alterados ou rompidos pelo acidente, trazendo consequência na profissão, na geração de renda e na condução da vida familiar.

Os politraumatismos são as primeiras causas de morte entre indivíduos em uma faixa etária entre 20 e 40 anos, fase de maior produtividade em suas vidas, na grande maioria do sexo masculino, assim mostra a dificuldade em administrar aspectos econômicos e sociais dos envolvidos (OLIVEIRA, 2012). No ano de 2010, foram realizadas 11.329.203 internações nos hospitais do SUS, sendo 927.201 (8,2%), por causas externas (violências e acidentes). Destas, 145.920 internações (15,7%) foram devido a acidentes de trânsito terrestres. A faixa etária envolvida de 15 a 59 anos concentrou 84,9% das internações em homens e 70,8% das internações em mulheres. Entre os idosos (acima de 60 anos), 6,2% eram homens e 14,5% eram mulheres. A Região Sudeste foi responsável por (44,9%) do total das internações. As maiores taxas de internação foram devido a acidentes envolvendo motociclistas no Centro-Oeste (67,2%), Nordeste (37,2%), Norte (35,6%), Sudeste (35,1%) e Sul (23,3%) (DATASUS/SIH, 2012).

A direção da vida dos familiares é, muitas vezes fortemente impactada pelo acidente e suas consequências. Impacto este que abala a dinâmica interna familiar, necessitando estabelecer novas organizações dos familiares frente às questões sociais e financeiras. As condições incapacitantes e até mesmo a morte mudam o percurso da vida dos envolvidos seja os pacientes

ou seus familiares, os quais precisaram adaptar sua rotina do cotidiano. Muitos pacientes necessitarão de acompanhamento diário de profissionais especializados para sua reabilitação. Os familiares demonstraram preocupados, pois terão que deixar seus empregos para acompanhar seu próximo nessas atividades, assim como no cuidado diário, dessa forma alterando todo ritmo de vida.

A presença do familiar acompanhante é um fator positivo para o doente, porém desafiadora para o familiar que acompanha, visto que o cuidado não é uma tarefa fácil, pois envolve lidar com os limites humanos, com a vida, com a gravidade da doença e com a própria morte, elementos que rondam, constantemente (DIBAI & CADE, 2009). Não sendo diferente no cenário de urgência e emergência, onde a familiar acompanhante vivência todo cenário e atendimento e internação, ficando impactado com a situação e ainda tendo que administrar todo o rumo de sua vida frente às mudanças ocorridas.

O familiar demonstrou ser um agente ativo, ter responsabilidades no processo de cuidar, agilidade e providenciando muitas coisas dentro e fora do serviço de saúde. Em algumas situações e atividades sem condições físicas, emocionais e financeiras para isso, este ficou a mercê da situação, expostos a condições de vulnerabilidade em sua vida e núcleo familiar. Mesmo diante disso enfrentou tarefas árduas e situações conflitantes neste processo. Porém, ele ficou com sua condição financeira e seu rumo de vida desarticulado. Assim seu poder e sua eficácia como agente ativo também ficou prejudicado, insuficiente para atender ao cuidado que o seu próximo necessita, assim como de si mesmo, dificultando também os aspectos de relacionamento com a equipe de saúde.

Os familiares demonstraram estar em uma condição de vulnerabilidade, pois a sua condição de escolha nesses cenários de urgência e emergência está limitada frente as fragilidades encontradas. O termo vulnerabilidade é empregado para designar suscetibilidades das pessoas a problemas e danos à saúde (BERTOLOZZI et al., 2009). Na visão do familiar eles estão expostos a todo o cenário e situação de desumanização e descaso. Percebeu-se a fragilidade do familiar diante de todo o processo, faz-se necessário que os serviços de saúde, assim como os profissionais atentem para as necessidades desses familiares enquanto ser humano.

Dessa forma percebe-se o familiar em constantes dificuldades no processo humanização as quais foram evidenciados no atendimento emergencial e ao longo da sua vivência na internação, devido ao não atendimento dos seus direitos, condições inadequadas e precariedade da assistência e do serviço de saúde. Apesar do impacto na direção da sua vida, o familiar precisou organizar-se e estabelecer novas relações frente ao ocorrido, verificou-se que alguns

familiares conseguiram buscar seus direitos e melhores condições para a assistência e o bem estar do paciente.

Apesar de toda situação em relação às mudanças na direção da sua vida, assim como impactos gerados pelos problemas nos serviços de saúde, estes conseguiram mobilizar recursos de enfrentamento psicológico, buscando forças na disponibilidade do serviço e na espiritualidade para superar as dificuldades, desta forma alguns familiares conseguiram se reorganizar e adequar a direção de sua vida, apresentou diante disto um olhar mais sensível e ampliado frente a situação da assistência e do serviço de saúde.

Considerando essas mudanças na vida e os sentimentos mobilizados no familiar, percebeu-se esse familiar buscando diminuir a sua angústia e frente ao problema encontrado, lançando mão de mecanismos defensivos, estratégias de enfrentamento, as quais são denominadas de *coping*, “estratégias estas que podem ser, principalmente, centradas no problema, modificando a relação entre a pessoa e o ambiente, ou centradas na emoção, adequando à resposta emocional ao problema” (SAVÓIA, SANTANA & MEJIAS, 1996).

Os familiares acompanhantes de pacientes graves demonstraram enfrentar processos emocionais negativos, buscando adequar-se ao cenário e a realidade encontrada, sendo este um fator apresentado como causa da fragilidade do familiar, levando ao desencadeamento de sofrimentos. Os abalos emocionais foram gerados em relação às notificações de estado da internação, procedimentos, à necessidade dos familiares assumirem responsabilidades no serviço de saúde, o grau de parentesco do acompanhante, assim como as consequências do acidente e o ambiente do serviço de saúde no que diz respeito à exposição das pessoas em estado grave, tumulto no atendimento e procedimentos realizados, ficam abalados em ver a forma em que eles ocorrem, a forma que os profissionais notificam e lidam com as condições de saúde do paciente demonstrando ficar assustado, nervosismo, medo e perdido.

A dinâmica de funcionamento dos serviços de emergência, geralmente, complexa, tensa, desgastante e traumatizante, colabora para que as relações entre as pessoas nem sempre sejam pautadas na responsabilidade, respeito dignidade e na compreensão, enfim vários conceitos éticos e morais. Seu contexto relacional causa mudanças comportamentais entre as pessoas, gerando situações conflitantes e de insensibilidade, seja entre a equipe multiprofissional, seja entre esta equipe, usuários e familiares (SALOME; MARTINS & ESPOSITO, 2009).

A equipe de saúde com as dificuldades de atuação nestes serviços deixam de enxergar as forças e fraquezas dos familiares em função das pressões do momento sobre ele, a identificação destas questões, sem dúvidas facilitaria o papel do familiar constatado nessa pesquisa como, agilizar aspectos administrativos, dar informações pertinentes, auxiliar no cuidado. Com esse

olhar ao familiar a equipe tornaria este seu aliado e potencializaria como agente ativo. Desta forma otimizaria o serviço, o tempo e a resolutividade, diminuindo a ansiedade e medo do familiar.

O cuidar não deve estar restrito somente ao paciente, mas também ao seu familiar e/ou cuidador, pois este é uma pessoa que possui direitos de ser respeitado, visto na sua integralidade, ou seja, como um todo, ser tratado de modo digno, como parte atuante desse processo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). Dessa forma, é necessário desenvolver um cuidado único, individualizado, humano, solidário oferecer apoio, segurança não só ao paciente como já acontece em nosso país e nesses serviços, mas também ao seu familiar.

Além da diminuição do seu poder como agente ativo, este familiar ainda enfrentou obstáculos ao realizar tarefas nestas unidades de saúde durante o processo de internação, os quais levaram a fragilidades pelo abalo emocional, por não estarem preparados para lidar com situações em relação a gravidade do paciente, sua própria condição enquanto familiar e o ambiente em que foi exposto.

Os procedimentos realizados pelos profissionais sem a devida precaução e cuidados nos serviços de emergência, assim como o próprio cenário, a notificação do estado grave a ausência de uma avaliação do estado e condição do familiar, foram fatores que ocasionaram dor e sofrimentos, os abalados emocionais ocasionados por estes fatores levaram a fragilidades dos familiares.

Os familiares apresentam um momento de fragilidade durante o período de internação e presenciam situações e um ambiente que muitas vezes não estão preparados para enfrentar. Esses fatores emocionais estão relacionados desde os procedimentos técnicos realizados até a estrutura física, que deixam de oferecer aos acompanhantes as condições necessárias de conforto, como também o distanciamento, em alguns casos, com a equipe de saúde durante a prestação da assistência (MILANESI et al., 2006).

O cenário e o atendimento no serviço de emergência podem causar impactos na vida dos familiares, que na maioria das vezes presenciam todo o acontecimento ou até mesmo recebem notícias sobre a condição de saúde da pessoa que foi socorrida, em muitas situações sem nenhum preparo ou condições para tal. Todos quantos vivenciam essa realidade estão sempre envolvidos pela ansiedade e angústia da vida e da morte (BIROLINI, 2011).

Os familiares, por vez estão desinformados quanto aos procedimentos adotados em relação ao paciente e à própria situação deste, vivenciando todo o ambiente e atendimento sem ter conhecimento e ficando a mercê de suas imaginações. Demonstrando necessitar muitas vezes de assistência hospitalar e estarem em momento de emergência, num estado de maior fragilidade, seja biológica, psíquica ou social.

Desta forma faz-se necessário o acolhimento do usuário no serviço de urgência e emergência, considerando o usuário como sendo o paciente e seus familiares, esta ação é primordial para avaliação da situação de saúde do mesmo e para avaliar e orientar os familiares em todo o processo. O ato de acolher é entendido pelo PNH como recepção do usuário, desde o momento do atendimento inicial até a internação, responsabilizar-se integralmente pelo usuário, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde, e encaminhamentos quando necessário (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Conforme a PNH as ações nesses serviços de saúde devem ser integradas visando mudar o padrão de assistência ao usuário nos serviços de saúde públicos no Brasil, melhorando a qualidade e a eficácia dos atendimentos prestados por estas instituições assim como pela equipe multiprofissional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Os processos emocionais negativos, como a preocupação com os aspectos na direção de vida, impactos negativos em relação ao ambiente hospitalar e a insegurança em relação ao cuidado do paciente foi respondido pelos familiares com abalo emocional. Os familiares vivenciam experiências como uma ambiguidade de sentimentos e emoções, um momento de risco de vida para o seu ente querido e de total mudança e adaptação em sua vida (BIROLINI, 2011).

O familiar apresentou-se em um estado fragilizado devido à falta de conhecimento, não sabendo como agir frente ao estado grave do internado ficando perdido em todo o processo, sendo ainda expostos a falta de envolvimento pela equipe de saúde. O conhecimento do familiar está diretamente relacionado com a capacidade de uma pessoa realizar leitura da realidade ou do que está acontecendo, aspecto este que colabora na identificação de recursos e condições para saber quando e de que forma deverá agir. Sendo assim, quanto mais conhecimento a pessoa possui, maior é o poder de enfrentamento, maior facilidade de tomar decisão frente o momento vivenciado e menor fragilidade no processo.

A forma em que os familiares enfrentaram esses processos e demonstram conhecimento estão diretamente relacionados com:

- Características da forma de raciocínio e reatividade, equilíbrio emocional ou a fragilidade.
- Habilidades evidentes e capacidade do familiar que podem ser mobilizados para tornar mais eficiente os cuidados.
- O investimento de tempo por parte dos profissionais em observar as características do familiar para envolvê-lo melhor.

Essas diferenças podem ajudar a equipe a prever como o familiar irá reagir e em que ele pode ajudar. Os familiares ficam impactados com o ambiente de emergência não conseguem

relaxar, são abordados apenas por pessoas que não fazem parte da equipe de saúde para fazer questionamentos indevidos no momento de dor e dificuldades.

Conforme a lei 33/2009 não é permitindo acompanhar ou assistir a intervenções cirúrgicas e outros exames ou tratamentos que, pela sua natureza, possam ver a sua eficácia e correção prejudicadas pela presença do acompanhante, exceto se para tal for dada autorização expressa pelo clínico responsável.

A pessoa mais fragilizada pode não conseguir administrar as ocorrências e prejudicar a conduta da equipe. Porém, muitas vezes o acompanhante demonstra ser parte integrante da unidade de cuidados e ser ativo no processo; contudo existem poucos dados referente a atuação e participação desses familiares nos cenários de urgência e emergência, assim como a sua necessidade durante este período de permanência e cuidados executados. Apesar de existir a lei 33/2009 onde dispõe que o cidadão admitido num serviço de urgência do Serviço Nacional de Saúde (SNS) tem o direito de acompanhamento por uma pessoa, assim como aspectos propostos na cartilha do acompanhante e acolhimento. Porém esses ainda ficam isolados de todo o processo.

Em outros países essa já é uma realidade e o acompanhante participa de procedimentos e intervenções invasivas no atendimento emergencial (LEDERMAN, 2014). Faz-se necessário uma mudança de cultura e organizacional para o cumprimento da lei e do direito do cidadão assim como para atender o proposto na política de humanização e acolhimento. No Brasil, nos serviços de urgência e emergência a maior importância ainda é dada aos procedimentos técnicos, protocolos de atendimento emergencial, materiais e equipamento, apesar de termos políticas de humanização e acolhimento muito bem estruturadas, porém o serviço de saúde e a equipe multiprofissional têm deixado de demonstrar uma atitude acolhedora, integral e humanizada ao familiar.

Conforme enfatizado pela PNH e cartilha de acolhimento, o acolhimento pode restringir-se a uma ação voluntária e benevolente como ação individual por parte de alguns profissionais de saúde, ou ser visto como algo relacionado a recepção ou ser caracterizado como condição de triagem, selecionando aqueles que receberão atendimento naquele momento. É preciso que este conceito seja qualificado e ampliado. O acolhimento na porta de entrada só ganha sentido se for entendido como parte do processo de produção de saúde, como algo que qualifica a relação entre serviço, usuário e profissionais visando orienta-los, inseri-los e instrumentaliza-los, e os familiares são pessoas que estão dentro destes serviços vivenciando todo o processo de forma positivamente ou não (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

O familiar mobiliza recursos de enfrentamento psicológico. O familiar demonstrou que necessita mobilizar recursos de enfrentamento psicológico, mesmo diante do sofrimento encontraram formas de enfrentamentos, por meio de forças na disponibilidade do serviço colocando a esperança na UTI para salvar o internado, a partir de suas condições pessoais recorriam e encontraram forças para diminuir o sofrimento estabelecendo sentimentos e atitudes positivas de esperanças. No momento de crise os familiares recorriam a Deus para manterem fortes diante das dificuldades enfrentadas no momento do atendimento ou durante a internação ou cuidados prestados ao seu ente querido, buscando superar as dificuldades.

“Eu me desesperei naquele momento comecei a chorar fiquei nervosa muito nervosa mesmo mais com fé em Deus esperando que chegasse a UTI (...) graças a Deus em primeiro lugar e a UTI que ele esta se recuperando mais ele ainda não se encontra fora de perigo” (F2).

“Eu estou em pedaços vai ser difícil pra gente reconstruir, Deus é maior, eles estão vivos graças a Deus” (F7).

“Eles fazendo todo o procedimento sem aparelho de monitorização cardíaca pressão sem nada na raça mesmo, graças a Deus deu certo (...) eu disse pra Deus que olhasse pra mim com os seus olhos de misericórdia de mim da minha irmã, perdoe todos os pecados da minha irmã e da minha mãe que a minha irmã saia dessa perfeita eu tenho certeza que o senhor não vai deixa-la neste lugar com imperfeições tudo vai ocorrer bem..., Se não o senhor faça agir o seu poder o senhor pode, então faça alguma coisa ou leve ela agora ou acabe esse sofrimento, com essa agonia e eu terei força para confortar a minha mãe” (F8).

“Eu sabia que a minha irmã iria sair ilesa de tudo, iria ter dificuldade porque somos seres humanos, mas que Deus tomou frente assim sim eu tive mais força... e Deus abriu todas as portas eu sabia que todas as portas iriam se abrir a abriram, um lugar que não faziam cirurgia em 24h montou um CC, trouxe o médico de santa Catarina pra operar minha irmã, eu só fui o cajado de Deus, na questão da UTI quem comandou foi ele, tinha 9 pessoas precisando de UTI de cirurgia, a minha irmã foi. Sai de lá chorando agradecendo a Deus eu escutei a minha mãe gritando corre, corre ela está indo pra UTI, eu estava muito feliz, daí eu não chorei muito, eu estava rindo e chorando ao mesmo tempo, por ela estar indo pra UTI” (F8).

A busca da religião ou a atitude de conformação procurando Deus, e a esperança de vaga na UTI, foram recursos utilizados como uma forma de resiliência por familiares durante o momento de internação ou procedimentos nos serviços de emergência. Esses recursos minimizaram os sofrimentos dos familiares que vivenciaram estas situações. A disponibilidade do serviço em atender a necessidade da pessoa internada mostrou-se fundamental para garantir a segurança e fortalecimento aos familiares.

“A resiliência é um processo, uma transformação da pessoa que, de ato em ato, e de palavra em palavra, inscreve seu desenvolvimento em um meio e escreve sua história numa cultura” (CIRULNIK, 2004).

Vivenciar o processo de hospitalização levou aos familiares à experiência de sentimentos, alterações física, emocional e social relacionadas ao problema de saúde. A forma como cada um respondeu a essa vivência, estava diretamente relacionado com a história de suas vidas com a forma e meios de enfrentamento. Os sentimentos gerados pela internação emergencial, estado grave e ambiência hospitalar requer uma adaptação do familiar para continuar passando pela

situação de dor e sofrimento, e os modos de superação estão diretamente relacionados com a organização familiar, com seus valores culturais, com seus recursos financeiros, com o apoio do serviço e da equipe de saúde.

A resiliência é considerada como um processo de superação que se dá no encontro com o outro, resultante de uma interação de fatores pessoais, ambientais, institucionais e sociais. Esta capacidade não é apenas um processo de adaptação. É mais do que voltar ao estado anterior a situação traumática. É a partir desta situação, elaborar novos caminhos e refazer-se do trauma ou experiência vivida. Tendo como principal resultado a ressignificação do trauma vivido em direção à retomada do desenvolvimento (SEQUEIRA, 2009).

Não somos mais ou menos resilientes, como se tivéssemos um catálogo de qualidades: a inteligência inata, a resistência ao mal ou à molécula do humor, a resiliência é uma construção a partir das experiências de cada um (CIRULNIK, 2004).

A capacidade de enfrentamento dos familiares pode modificar-se de acordo com suas experiências no serviço de emergência, onde estes podem ser ensinados, inseridos no processo, assim como potencializados em sua capacidade de resiliência. Percebeu-se a necessidade de um olhar mais ampliado a esses familiares para além da capacidade que cada um possui de enfrentamento, faz-se importante à ajuda da equipe multiprofissional, entidades religiosas e de outros integrantes da família, visando dar direcionamentos e ajuda-lo a superar as dificuldades encontradas, visto que estes muitas vezes terão que mudar adaptar todo o percurso de sua vida em prol da recuperação e restabelecimento do internado. O acolhimento e a humanização são fundamentais para que o familiar consiga ser visto dentro dessas necessidades e melhorar a capacidade de permanecer motivado e persistir como agente ativo no processo superando e enfrentando os desafios e obstáculos.

Na condição como agente ativo os familiares mostraram-se participativos em todo o processo, desde o momento de atendimento, internação e encaminhamentos nos serviços de emergência. Percebe-se que este enfrenta tarefas árduas, necessita garantir o atendimento e atuar nos cuidados, no entanto enfrentou obstáculos durante este processo relacionados a fatores internos e externos com impactos na direção de sua vida, abalos emocionais, falta de conhecimento e a falta de envolvimento dos profissionais. Nesse processo o familiar demonstrou em algumas situações não possuir habilidades e não ter condições emocionais e conhecimentos para realizar atividades complexas, assim como ver alguns procedimentos realizados no momento de emergência.

O cenário do serviço de emergência, a forma de acolhimento e organização destes tem dificultado o enfrentamento do familiar, este ficou exposto a condições de vulnerabilidades em

sua vida e núcleo familiar, ainda assim enfrentou tarefas árduas e situações conflitantes, ficando com sua vida desarticulada, tendo que organizar-se diante de toda situação exposta, questões que implicaram na sua condição do familiar como agente ativo, refletiu em processos emocionais negativos, levou a necessidade de ajuda e cuidados de si mesmo.

A falta de conhecimento dos familiares levou a dificuldade de tomada de decisão, a falta de informações por parte dos profissionais colaborou para piora neste aspecto. É importante que sejam consideradas as características de cada familiar, assim como investimento de tempo por parte dos profissionais buscando envolvê-los nas tomadas de decisões, capacitando-os e acompanhando-os para o momento de alta, já que o paciente em questão poderá necessitar de seus cuidados, aspectos estes diferentes dos familiares realizarem a assistência sozinhos sem serem inseridos, orientados e acompanhados para instrumentalização referente a alta. Devido à características de cada pessoa, alguns podem apresentar dificuldades de ser inseridos no processo desta forma cabe ao profissional identificar as potencialidades e fraquezas dos familiares.

Por outro lado os familiares são capazes de mobilizar recursos de enfrentamentos psicológicos recorrendo ao serviço e a espiritualidade, buscando superar as dificuldades. Cada familiar enfrentou as dificuldades encontradas de acordo com suas capacidades as quais podem modificar-se de acordo com suas experiências no serviço de emergência, onde é importante a atuação da equipe multiprofissional de forma humanizada e acolhedora ao familiar apoiando e ensinando em todo o processo.

É evidente neste estudo que a forma que a equipe de saúde organiza o seu serviço e presta a assistência no serviço de emergência tem deixado de ter um olhar mais ampliado frente ao familiar, de torna-lo parte do processo isso contribuiria com a otimização do serviço, do tempo e ajudaria na resolutividade dos problemas, diminuiria a ansiedade e o medo do familiar e levaria a uma melhor qualidade da assistência e das relações nesse cenário.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os familiares comparecem como agente ativo no processo de cuidar e neste enfrenta tarefas árduas necessitando garantir que o paciente seja atendido, muitas vezes precisando recorrer a justiça para que seus direitos e dos pacientes fossem reconhecidos. Dessa forma o familiar deixa de ser um agente passivo sendo atuante desde a realização de cuidados até a resolutividade de problemas nos serviços de urgência e emergência.

Percebeu-se que os familiares são agentes ativos no processo apesar de encontrarem obstáculos durante a sua permanência e atuação nos serviços de urgência e emergência que estão

relacionados com a fragilidade que foi evidenciada pelo aspecto emocional e pela falta de conhecimento, sendo também considerado um obstáculo, a falta de envolvimento familiar e interesse por parte da equipe de saúde. Neste aspecto este familiar mesmo sem condições busca garantir um cuidado de qualidade e que seus direitos sejam atendidos.

Diante de todo cenário e realidade desumanizada vivenciada pelo familiar nos serviços de urgência e emergência, este ainda demonstrou capacidade para mobilizar recursos de enfrentamento psicológico como uma forma de resiliência para resolução dos problemas buscando na religião e na disponibilidade do serviço em atender a necessidade da pessoa internada.

Cabe aos serviços de saúde e a equipe multiprofissional um olhar qualificado e ampliado aos familiares, buscando atendê-lo em sua integralidade, estando dispostos a entender o momento vivenciado pelos mesmos e atentar para suas necessidades, fraquezas e forças assim como inseri-los, orienta-los e instrumentaliza-los, vendo-os como agente ativo no processo e que pode colaborar com melhoria da assistência. Assim, minimizando ansiedade, sofrimento, tristeza e medo que já são aspectos desencadeados naturalmente pelo ambiente e situação de saúde. Desta forma atendendo ao proposto na PNH e Política Nacional de acolhimento.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, L.M. et al. Atendimento humanizado nos serviços de emergência hospitalar na percepção do acompanhante. **Revista Eletrônica de Enfermagem** ., 2009; 11(1):151-7.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Cadastro Nacional de estabelecimento de Saúde. Disponível em: http://www.cnes.datasus.gov.br/Município_de_várzea_Grande_acesso_25/05/2014.

BRASIL. O SUS no seu município: garantindo saúde para todos / [Ana Lucia Pereira et al.]. - Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 40 p.: il. color. - (Série B. Textos Básicos de Saúde). [acessada 2015 Abr 25]. Disponível: <http://www.sna.saúde.gov.br/.../cartilhadosuseosmunicípios.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Saúde. Documento Base. 4ª ed. Brasília: Ministério da Saúde (MS); 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde [BR]. Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS : documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília (DF): MS; 2006.

BRASIL. Política nacional de atenção às urgências / Ministério da Saúde. – 3. ed. ampl. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 256 p.: il. – (Série E. Legislação de Saúde) ISBN 85-334-16-9 1. Serviços médicos de emergência. 2. Legislação de saúde. I. Título. I. Série.

BRASIL. Resolução Conselho Nacional de Saúde nº 466, de 12 de Dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 13 de junho. 2013.

BRASIL. Assembleia da República Lei n.º 33/2009 de 14 de Junho de 2009, decreta os direito de acompanhamento dos utentes dos serviços de urgência do Serviço Nacional de Saúde (SNS. Diário da República, 1.ª série , N.º 134, 14 de Julho de 2009.

BERTOLOZZI MR, NICHATA LYI, TAKAHASHI RF, CIOSEK SI, HINO P, VAL LF, et al. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. Rev Esc Enferm USP. 2009; 43Suppl:1326-30

BIROLINI, D. **Cirurgia de emergência: com testes de auto avaliação.** 2.ed São Paulo: Atheneu, 2011.

CAVALCANTE, R.B. et al. Acolhimento com classificação de risco: proposta de humanização nos serviços de urgência **Revista . Enfermagem. Centro. O. Mineiro.** 2012 set/dez; 2(3):428-437

CYRULNIK, B. - Os patinhos feios. São Paulo: Martins Fontes, 2004

CHARMAZ, K. **A construção da teoria fundamentada:** guia prático para análise qualitativa. [Tradução de Joice Elias Costa]. Porto Alegre: Artmed, 2009.

DIBAI, M. B. S.; CADE, N. V. A experiência do acompanhante de paciente internado em instituição hospitalar. Revista Enfermagem UERJ, Rio de Janeiro, v. 17, p. 86-90, 2009.

MILANESI, K. et al.; O sofrimento psíquico da família de crianças hospitalizadas. **Rev Bras Enfermagem.** 2006; 59(6): 769-74.

OLIVEIRA, R.; MARUYAMA, S.A.T. Princípio da integralidade numa UTI pública: espaço e relações entre profissionais de saúde e usuários. **Revista Eletrônica de Enfermagem** , v. 11, p. 375-382, 2012.

SEQUEIRA, V.C. Resiliência e abrigos. Redalyc, Sistema de Información Científica, Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal, Boletim Academia Paulista de Psicologia, Brasil, 2009, v.29, n.1, p. 65-80.

SALOME, G.M.; MARTINS, M.F.M.S; ESPOSITO, V.H.C. Sentimentos vivenciados pelos profissionais de enfermagem que atuam em unidade de emergência. **REVISTA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM**, BRASÍLIA, v. 62, n. 6, Dec. 2009.

SAVÓIA, M. G., SANTANA, P. R., & MEJIAS, N. P. (1996). Adaptação do inventário de estratégias de coping de FOLKMAN E LAZARUS para o português. *Psicologia USP*, 7, 183-201.

5. TEORIZAÇÃO DA VIVÊNCIA DOS FAMILIARES

Começaremos refletindo sobre a questão de investigação deste estudo que foi compreender: Qual é a vivência dos familiares no momento do atendimento emergencial a pessoas com politraumatismo? A partir deste questionamento entendeu-se a necessidade de buscar alguns conceitos importantes para o desenvolvimento da pesquisa. Foi necessária a busca e compreensão do conceito de família e familiares, da característica dos serviços de urgência e emergência, políticas humanização dos serviços de saúde, atuação dos profissionais nessas áreas, assim como os conceitos referentes ao *coping* e resiliência. Aprofundou-se nos conceitos relacionados ao processo de trabalho, processo de humanização, integralidade e acolhimento nos serviços de saúde, para melhor fundamentar os achados nesta pesquisa. Devido à natureza do estudo também foi necessário à busca de conhecimento sobre o método da teoria fundamentada em dados que proporcionou todo direcionamento para a coleta, análise e discussão dos dados.

Considerando os códigos elaborados durante a análise dos dados, foram construídas unidades mais amplas. Essas, por sua vez foram agrupadas, em famílias de acordo com o parentesco do seu significado. Assim se transformaram em subcategorias dessas famílias (chamadas de categorias) de significado mais amplo. Após houve a comparação dos significados dessas categorias onde permitiu a construção de 3 eixos que foram usados para organizar as diferentes dimensões da vivência do familiar no serviço de emergência. Eixo I: Problemas de humanização, Eixo II: Potencialidades do serviço de saúde, esses dois eixos estão relacionados ao serviço de saúde com as categorias: Precariedade/ Fragilidades do acesso e dos cuidados em saúde, Problemas de humanização num contexto de potencialidades de melhora. E um terceiro eixo: O Familiar como um agente ativo, com as categorias (O familiar enfrenta tarefas árduas durante o processo, O familiar enfrenta obstáculos, O familiar mobiliza recursos de enfrentamento psicológicos). Onde essas deram condições para compreender a vivência do atendimento e internação emergencial na perspectiva dos familiares de pessoas com politraumatismos.

Através da análise dos dados foi possível à elaboração de dois artigos a partir dos eixos e categorias encontradas, sendo o primeiro referente aos Eixos I e II (Problemas de humanização e Potencialidades do serviço) e suas respectivas categorias. O segundo artigo baseou-se no Eixo III (O familiar é um agente ativo) e suas respectivas categorias. Em cada artigo buscou-se atender um dos objetivos específicos desta dissertação que por sua vez atenderam de forma integral os objetivos propostos, uma vez que cada artigo abordou um novo problema e objetivos específicos baseados nos resultados precedentes destes. Como consequência os resultados parciais de cada artigo conduziram ao resultado final desejado.

Figura 1. ESQUEMA GERAL

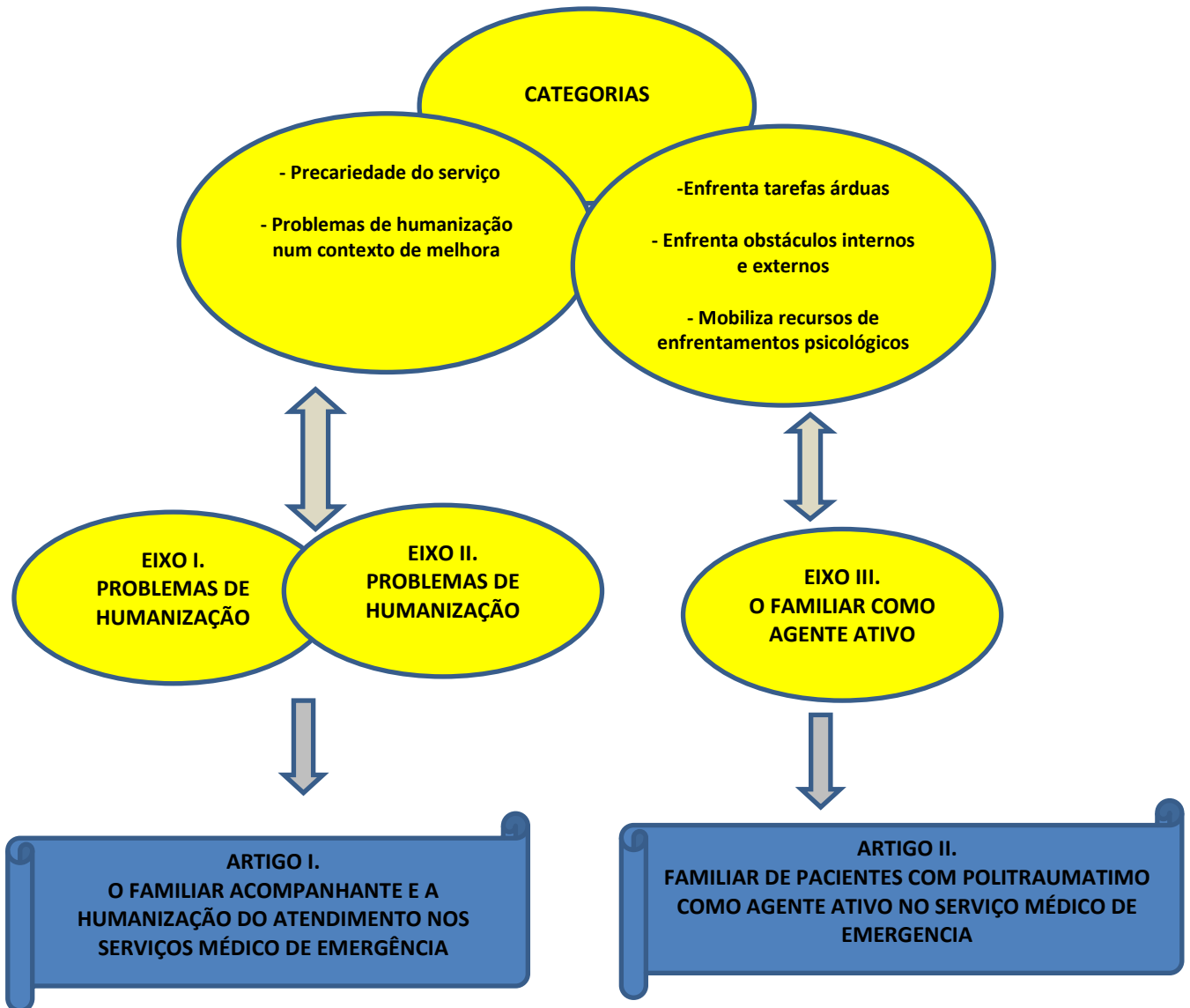
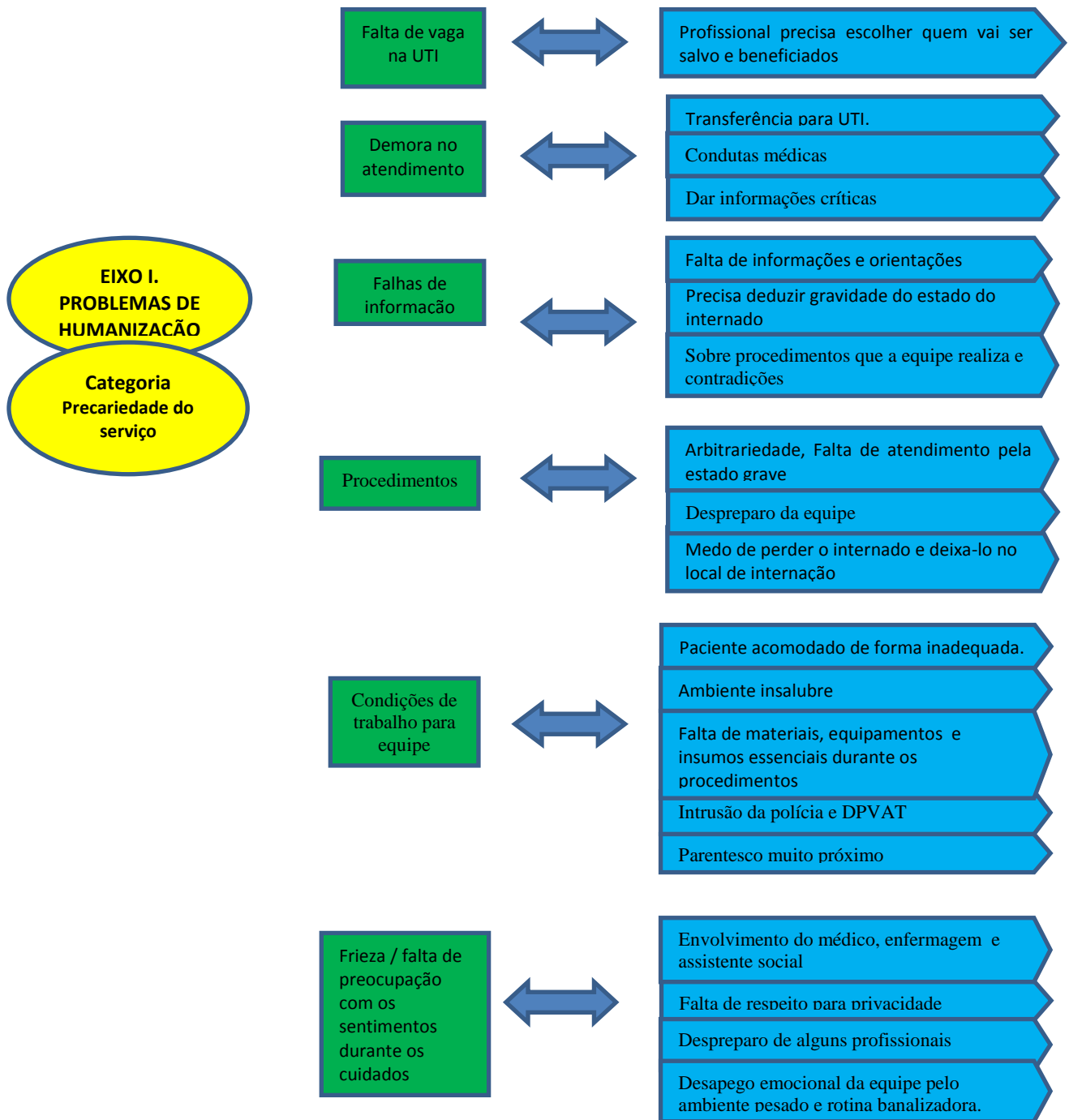


Figura 2. Eixo I: Problemas de humanização



Em relação ao eixo I (Problemas de humanização), percebeu-se que os familiares enfrentam esses problemas de humanização no atendimento emergencial e ao longo da sua vivência na internação identificou-se que estes problemas estavam relacionados com a precariedade do serviço de saúde incluindo a falta de atendimento dos direitos dos usuários e a frequente violação à privacidade e a falta de envolvimento dos profissionais. Observou-se que a precariedade do serviço foi apontada pelos familiares os quais demonstraram noções gerais a

respeito do que torna o serviço precário. Constatou-se que eles possuem uma visão crítica a respeito da organização deste, como também a respeito das responsabilidades e condutas dos profissionais. Conseguem compreender as necessidades do internado e suas implicações em relação à forma em que essa assistência é prestada.

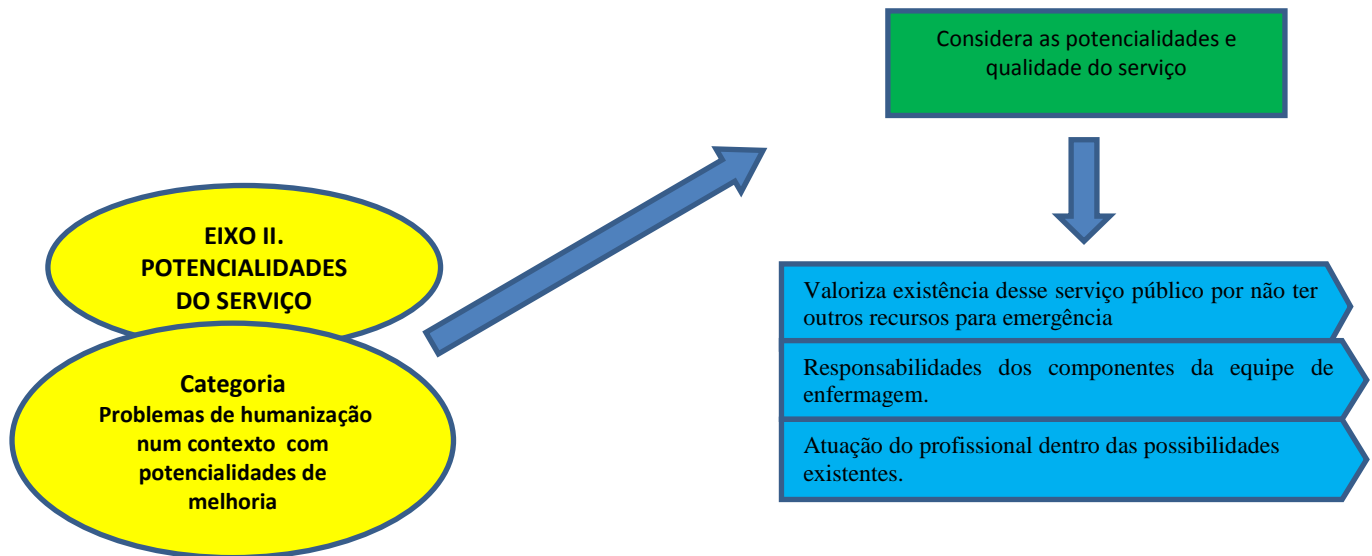
Constatou-se que apesar do familiar não conhecer protocolos importantes para conduta e tomada de decisão este conseguiu reparar quando os mesmos ocorrem de forma arbitrária e com falhas implicando diretamente com a qualidade da assistência, aspectos que impactaram o familiar emocionalmente. A forma como o atendimento no serviço público tem ocorrido, como esta organizado para prestar a assistência, assim como a forma com que é prestada pelos profissionais e como ocorrem a resolutividade dos problemas chamou a atenção dos familiares, causando impactos como: revolta, indignação ansiedade, medo, preocupações e a falta de credibilidade do familiar para com o serviço de saúde e a assistência prestada. Constatou-se que os apontamentos feitos pelos familiares condizem com a reconhecida necessidade que haja uma melhor organização dos serviços de saúde e do processo de trabalho da equipe de saúde, assim como uma estrutura e insumos adequados.

Desta forma cabe aos serviços de saúde e aos profissionais estarem atentos as necessidades dos pacientes, assim como de seus familiares organizando-se para garantir seus direitos, dando condições de assistência com qualidade e o conforto necessário. É evidente a necessidade de um olhar mais ampliado aos familiares que estão inseridos nestes serviços, assim como para que essas práticas respeite o princípio da integralidade o qual visa atender as demandas e desafios explícitos neste estudo, assim como as necessidades de saúde como um todo, vendo o ser humano em toda a sua dimensão. Envolve diretamente aspectos relacionados a humanização da assistência a qual requer uma interação entre o profissional, pacientes e familiares que estão envolvidos no processo, como já é proposto na política de humanização. Sendo aqui o familiar buscando trocar suas vivências e experiências, visando uma forma mais ampliada de ver e estar com o outro, neste sentido considera-se também os aspectos do ambiente do serviço de urgência e emergência, insumos e aspectos administrativos.

Certa de que mudanças neste âmbito poderá melhorar os enfrentamentos dos familiares, assim como o resultado da assistência e a relação entre os envolvidos, para isso faz-se necessário também uma atenção e ampliação do acesso e na garantia de infraestrutura adequada, melhoramento das relações estabelecidas nos serviços de saúde, assim como da capacidade técnica e científica da atuação profissional. Sabe-se que muitas vezes, na urgência e emergência, a prioridade é dada apenas para a emergência biológica como já constatado em estudo nessas áreas, e os familiares acabam ficando a mercê da situação. Acredita-se na necessidade da

elaboração de propostas voltadas à um olhar considerando uma prática integral, acolhedora e humanizada no ambiente de atendimento de emergência levando em consideração o já proposto pelo MS na PNH, PNAU (2006) PNAH (2013) e o Manual instrutivo da Rede de Atenção as Urgência e Emergência (2013). Visando uma condição mais humanizada e acolhedora tanto aos trabalhadores, pacientes e seus familiares.

Figura 3. Eixo II: Potencialidades do serviço



Mesmo diante dos apontamentos feitos pelos familiares onde apresentaram um contexto que demonstra um cenário de desumanização, descaso no atendimento e dificuldades em relação a organização dos serviços de saúde, percebeu-se que este familiar conseguiu identificar as potencialidades deste serviço e as qualidades no trabalho prestado por alguns profissionais, demonstraram um outro olhar frente ao serviço de saúde, reparou que os problemas de humanização existem num contexto que possui potencialidades de melhora, valorizando as potencialidades deste serviço. O familiar também reparou que existem qualidades do trabalho no serviço de saúde por parte de alguns profissionais, percebeu a atuação do profissional dentro das possibilidades existentes, apreciando o sentido heroico dos que realizaram suas atividades sem condição de trabalho como a falta de insumos essenciais para se prestar uma assistência de qualidade.

É inegável que o familiar entende a atuação dos profissionais em condições de trabalho difíceis e que muitas vezes estão em uma condição fragilizada, precisando tomar decisões diante de um cenário caótico e sem condições de atuação, lidando com a falta de materiais e equipamentos necessários para salvar vidas e prestar uma assistência de qualidade, situação que na visão do familiar levou em alguns casos ao sofrimento dos profissionais. Mesmo diante de

todo o processo e condições vivenciadas, os familiares valorizam o atendimento heroico desses profissionais, conhece as responsabilidades destes e a necessidade de suas atuações nestes serviços para assistência e reabilitação dos pacientes. Sabem que faltam insumos necessários e um ambiente adequado, porém afirmaram o valor desses serviços públicos por não possuírem outras alternativas de atendimento emergencial.

Muitas vezes nos submetemos a trabalhar em algumas condições e organização de trabalho e acabamos acostumando com aquela realidade esquecendo-se de ter uma atitude transformadora dentro do ambiente em que estamos inseridos e em relação ao que propusemos a trabalhar, deixando de atender o proposto nos códigos de deontologia, e respeito com aqueles que dependem do nosso trabalho, assim como de visar o resultado no trabalho em saúde com maior qualidade e bem estar ao outro. Percebeu-se neste estudo que a atenção integral e acolhedora foi uma das preocupações dos familiares que estavam inseridos nos serviços de urgência e emergência e destacam os profissionais que buscaram prestar um atendimento respeitando esses princípios.

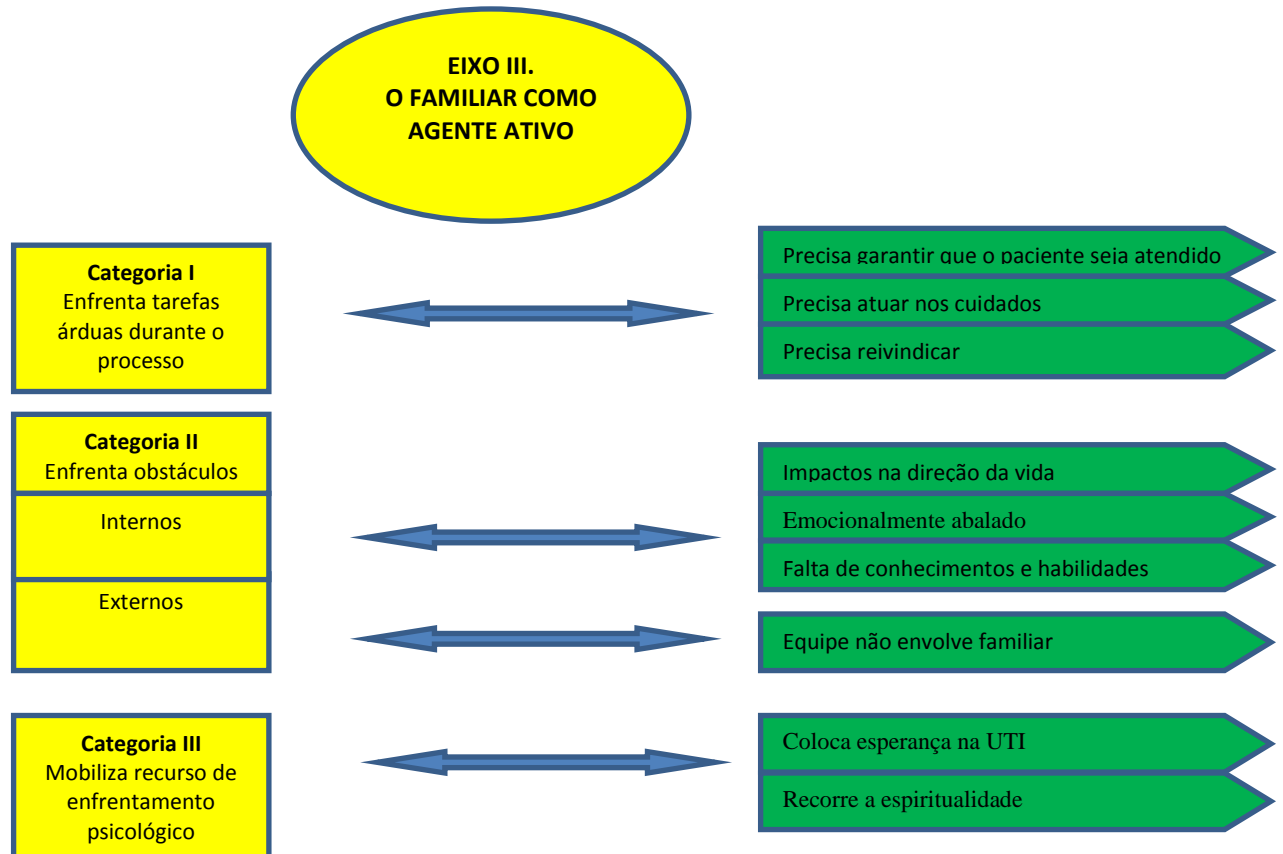
A atitude acolhedora e a atenção integral estão dispostas na política de humanização e fazem parte da grade curricular e dos ensinamentos no processo de formação dos profissionais da saúde. Constatou-se e que apenas algumas categorias e alguns profissionais estão atentos com as questões e processo de humanização. Com esses resultados penso o motivou esses profissionais conforme apontado pelos familiares a terem uma atitude acolhedora e integral mesmo diante de um cenário de urgência e emergência, assim como da falta de organização do serviço, estrutura física e recursos materiais.

Sabe-se que neste cenário é grande o desafio para que as práticas assistenciais atendam à integralidade, uma vez que nesse espaço, privilegiam-se determinadas formas de relações como as do domínio do conhecimento clínico, o qual impossibilita muitas vezes o profissional a ter um outro olhar além dessa dimensão, voltado a uma atitude acolhedora e humanizada. Identificou-se a necessidade de uma percepção e atenção aos aspectos emocionais, culturais e sociais nos serviços de emergência e não somente o enfoque nos aspectos biológicos como já é uma realidade no nosso país, nestes serviços e nas pesquisas nessa área.

Confirmou-se que apesar de toda vivência neste cenário estes familiares demonstraram um olhar mais ampliado em relação às dificuldades no processo de acolhimento e humanização, apontaram que estes não estavam relacionados apenas com a conduta e responsabilidades dos profissionais, vão mais além consideram que a organização do serviço de saúde e o estado do paciente, implicam com a forma que a assistência é prestada, gerando todo o desconforto e dificuldades para o paciente, familiar e trabalhador, assim como o descumprimento do proposto na

política de humanização e acolhimento em relação ao processo de humanização, atenção integral e atitude acolhedora.

Figura 4. Eixo III: Familiar é um agente ativo



Dentro de todo processo vemos os familiares como agente ativo, enfrentando tarefas árduas, e em muitos casos necessitando garantir que o seu familiar seja atendido, atuar nos cuidados, assim como reivindicar seus direitos e atendimento necessários, buscar informações sobre situações de saúde e condições clínicas do paciente, tomar a frente em relação ao cuidado com o paciente e a resolutividade frente aos processos de saúde/doença, deixando de ser um agente passivo no processo.

Constatou-se que ao realizar as tarefas árduas esse familiar enfrentou obstáculos os quais estavam relacionados com os fatores internos e externo. Dentre os fatores internos os familiares demonstraram fragilidades e falta de conhecimento. As fragilidades foram relacionadas aos impactos na direção da sua vida, abalos emocionais ao executar as tarefas nas pessoas em estado grave que precisavam de um cuidado mais complexo, já que não possui o conhecimento para tal, assim como ver procedimentos invasivos. Os obstáculos externos estavam relacionados a falta de

envolvimento dos familiares nas atividades por parte dos profissionais de saúde, fatores esses que contribuíram para que o familiar ficasse abalado emocionalmente.

Observou-se que em algumas situações e atividades esse familiar apresentou-se sem condições físicas, emocionais e financeiras para isso. Mesmo diante da fragilidade este ficou a mercê da situação, expostos a condições de vulnerabilidade em sua vida e núcleo familiar, mesmo diante disso enfrentou tarefas árduas e situações conflitantes neste processo, ficando com sua condição financeira e seu rumo de vida desarticulado. O que colaborou com o prejuízo do seu poder e sua eficácia como agente ativo, ficando insuficiente para atender ao cuidado que o seu próximo estava necessitando, assim como de si mesmo, dificultando também os aspectos de relacionamento com a equipe de saúde.

Observou-se que os familiares acompanhantes de pacientes graves demonstraram enfrentar processos emocionais negativos, sendo este um fator apresentado como causa da fragilidade do familiar, levando ao desencadeamento de sofrimentos. Os abalos emocionais foram gerados em relação as notificações de estado da internação, procedimentos, à necessidade dos familiares assumirem responsabilidades no serviço de saúde, falta de informações. Evidenciou-se que o grau de parentesco do acompanhante, assim como as consequências do acidente e o ambiente do serviço de saúde no que diz respeito à exposição das pessoas em estado grave, tumulto no atendimento, procedimentos realizados e a forma em que são abordados abalam o familiar.

O conhecimento do familiar está diretamente relacionado com a capacidade da pessoa realizar leitura da realidade ou do que está acontecendo, aspecto este que ajudaria na identificação de recursos e condições para saber quando e de que forma deverá agir. Sendo assim, quanto mais conhecimento a pessoa possui, maior é o poder de enfrentamento, maior facilidade de tomar decisão frente o momento vivenciado e menor fragilidade no processo.

Percebeu-se neste estudo que a forma em que estes familiares enfrentam esses processos e demonstram conhecimento estão diretamente relacionados com as características da forma de raciocínio e reatividade, equilíbrio emocional ou a fragilidade, habilidades evidentes e capacidade do familiar que podem ser mobilizados para tornar mais eficiente os cuidados, o investimento de tempo por parte dos profissionais em observar as características do familiar para envolvê-lo melhor. Essas diferenças podem ajudar a equipe a prever como o familiar irá reagir e em que ele pode ajudar.

É verdade que algumas pessoas demonstraram serem mais fragilizadas e não conseguirem administrar as ocorrências no ambiente hospitalar, podendo assim prejudicar a conduta e o resultado da intervenção assim como impactos para sua vida. Porém faz-se necessário que estes

sejam avaliados quanto a esses aspectos, e quando possível direcionado a trocar o acompanhante e realizar encaminhamentos necessários aos mesmos para superação dos impactos negativos gerados. E quando possível buscar inseri-los e orienta-los no processo.

Surpreendemos em ver o familiar mobilizando recursos de enfrentamentos psicológicos por meio de forças na disponibilidade do serviço colocando a esperança na UTI para salvar o internado, a partir de suas condições pessoais recorriam e encontraram forças para diminuir o sofrimento estabelecendo sentimentos e atitudes positivas de esperanças. No momento de crises os familiares recorriam a Deus para manterem fortes diante das dificuldades enfrentadas no momento do atendimento ou durante a internação ou cuidados prestados ao seu ente querido, buscando superar as dificuldades.

\ Identificou-se que os sentimentos gerados pela internação emergencial, estado grave e ambiência hospitalar requer uma adaptação do familiar para continuar passando pela situação de dor e sofrimento, e os modos de superação estão diretamente relacionados com a organização familiar, com seus valores culturais, com seus recursos financeiros, com o apoio do serviço e da equipe de saúde.

A capacidade de enfrentamento dos familiares pode modificar-se de acordo com suas experiências no serviço de emergência, onde estes podem ser ensinados, inseridos no processo, assim como potencializados em sua capacidade de resiliência. Percebeu-se a necessidade de um olhar mais ampliado a esses familiares para além da capacidade que cada um possui de enfrentamento, faz-se importante a ajuda da equipe multiprofissional, entidades religiosas e de outros integrantes da família, visando dar direcionamentos e ajuda-lo a superar as dificuldades encontradas, visto que estes muitas vezes terão que mudar, adaptar todo o percurso de sua vida em prol da recuperação e restabelecimento do internado.

Ficou claro neste estudo que a equipe de saúde com as dificuldades de atuação nestes serviços deixam de enxergar as forças e fraquezas dos familiares em função das pressões do momento sobre ele. A identificação destas questões, sem dúvidas facilitaria o papel do familiar constatado nessa pesquisa como agilizar aspectos administrativos, dar informações pertinentes, auxiliar no cuidado, com esse olhar ao familiar a equipe tornaria este seu aliado, potencializaria ele como agente ativo, otimizaria o serviço, o tempo e a resolutividade, diminuindo o ansiedade do familiar e melhor qualidade da assistência.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS DA DISSERTAÇÃO

O acolhimento e a humanização são fundamentais para que o familiar consiga ser visto dentro dessas necessidades e melhorar a capacidade de permanecer motivado e persistir como agente ativo no processo superando e enfrentando os desafios e obstáculos.

Entende-se que apesar da iniciativa e participação do familiar ser um aspecto importante é dever do estado e dos serviços de saúde garantir esse acesso e resolutividade diminuindo assim a responsabilidade e enfrentamentos dos familiares, assim como de intervir e saber qual familiar teria a melhor condição para estar articulando as questões referentes ao cuidado como já é uma realidade em outros países e como disposto no art 1º e 2º da Lei n. 33/2009. A necessidade dos profissionais que atuam nos serviços de urgência e emergência, assim como estudos nessa linha, buscarem ver os familiares como agente ativo no processo, suas habilidades, facilidades e dificuldades, com um olhar mais ampliado analisando os possíveis impactos e prevenindo estes.

Neste estudo o familiar demonstrou sua vivência e percepção referente ao serviço de urgência e emergência, o qual deparou-se com constantes dificuldades no processo humanização evidenciados no atendimento emergencial e ao longo da sua vivência no atendimento e internação, devido ao não atendimento dos seus direitos, condições inadequadas e precariedade da assistência e do serviço de saúde. Mesmo estando impactados na direção da sua vida, precisou organizar-se e estabelecer novas relações frente ao ocorrido, alguns familiares conseguiram buscar seus direitos e melhores condições para a assistência e o bem estar do paciente. Faz-se necessário ver o familiar de forma integral, com atitudes que demonstrem maior dedicação e acolhimento que estão diretamente ligadas as questões de humanização, livre de arbitrariedades, insensibilidades, buscando uma conduta de proximidade e empatia para com o outro.

Esperamos que através desse estudo possamos ajudar aos profissionais da urgência e emergência a conhecer as características dos familiares que frequentam o serviço de urgência e emergência visando: inseri-los, orienta-los e instrumentaliza-los no acompanhamento e ajuda ao paciente. Contribuindo assim para o planejamento de ações em saúde voltadas ao bem-estar do paciente/familiares, dos profissionais, da comunidade em geral e da instituição.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, L.M. et al. Atendimento humanizado nos serviços de emergência hospitalar na percepção do acompanhante. **Revista Eletrônica de Enfermagem** ., 2009; 11(1):151-7.

BRASIL. Resolução Conselho Nacional de Saúde nº 466, de 12 de Dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 13 de junho. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Cadastro Nacional de estabelecimento de Saúde. Disponível em: http://www.cnes.datasus.gov.br/Municipio_de_várzea_Grande_acesso_25/05/2014.

BRASIL. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. [online]. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, com alterações. Diário Oficial da União 1990 Set 20. [acessada 2015 Abr 25] Disponível: http://www.bvms.saude.gov.br/bvs/publicações/progestores/leg_sus.pdf

BRASIL. O SUS no seu município: garantindo saúde para todos / [Ana Lucia Pereira et al.]. - Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 40 p.: il. color. - (Série B. Textos Básicos de Saúde). [acessada 2015 Abr 25] Disponível: <http://www.sna.saude.gov.br/.../cartilhadoseosmunicipios.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Saúde. Documento Base. 4ª ed. Brasília: Ministério da Saúde (MS); 2006.

BRASIL. Política nacional de atenção às urgências / Ministério da Saúde. – 3. ed. ampl. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 256 p.: il. – (Série E. Legislação de Saúde) ISBN 85-334-16-9 1. Serviços médicos de emergência. 2. Legislação de saúde. I. Título. I. Série.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza/SUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde [BR]. Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Brasília (DF): MS; 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS) Editora MS Brasília – DF, 2013

BRASIL. Assembleia da República Lei n.º 33/2009 de 14 de Junho de 2009, decreta os direito de acompanhamento dos utentes dos serviços de urgência do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Diário da República, 1.ª série , N.º 134, 14 de Julho de 2009.

BETTINELLI L.A.; ERDMANN A.L. Internação em unidade de terapia intensiva e a família: perspectiva de cuidado. **Av Enfermagem** 2008; 28 (91):15-21.

BERTOLOZZI MR, NICHATA LYI, TAKAHASHI RF, CIOSAK SI, HINO P, VAL LF, et al. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. *Rev Esc Enferm USP*. 2009; 43Suppl:1326-30

BIROLINI, D. **Cirurgia de emergência: com testes de auto avaliação**. 2.ed São Paulo: Atheneu, 2011.

CAVALCANTE, R.B. et al. Acolhimento com classificação de risco: proposta de humanização nos serviços de urgência **Revista . Enfermagem. Centro. O. Mineiro**. 2012 set/dez; 2(3):428-437

CYRULNIK, B. - Os patinhos feios. São Paulo: Martins Fontes, 2004

CHARMAZ, K. **A construção da teoria fundamentada**: guia prático para análise qualitativa. [Tradução de Joice Elias Costa]. Porto Alegre: Artmed, 2009.

DESLANDES S.; AYRES, J.R.C.M. Humanização e cuidado em saúde [editorial]. **Ciência da Saúde Coletiva** 2005; 10(3): 510.

DIBAI, M. B. S.; CADE, N. V. A experiência do acompanhante de paciente internado em instituição hospitalar. *Revista Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v. 17, p. 86-90, 2009.

FÓRUM PERMANENTE DAS PATOLOGIAS CLÍNICAS. **Direito do paciente. O Mundo da Saúde**. 1995;19(10):347-9.

FÓRUM DA REFORMA SANITÁRIA. **SUS pra valer: universal, humanizado e de qualidade. Saúde em Debate**, v.29, n.31, p.385-96, 2006.

GAIVA M.A.M.; SCOCHI C.G.C. A participação da família no cuidado ao prematuro em UTI Neonatal. **Rev. Brasileira Enfermagem**. 2005; 58(4):444 8

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Dados Estatístico da populacional. 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 25/05/2014.

LEDERMAN, Z ; WACHT, O; Family presence during resuscitation: attitudes of Yale-New Haven Hospital Staff. **YALE JOURNAL OF BIOLOGY AND MEDICINE** 87 (2014), pp.63-72. Copyright © 2014.

MATTOS, R. **Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos**. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. (Orgs.) **Os sentidos da integralidade e no cuidado em saúde**. 4,ed Rio de janeiro: Cepesc/IMS/Uerj/Abrasco,2005.

MARCO, M.A.; **Do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial: um projeto de educação permanente**. *Rev. Bras. Educ. Med.*, v.30, n.1, p.60-72, 2006.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: HUCITEC, 2006.

MILANESI, K. et al. O sofrimento psíquico da família de crianças hospitalizadas. **Rev Bras Enferm**. 2006; 59(6): 769-74.

MORI, M.E.; OLIVEIRA, O.V.M. Os coletivos da Política Nacional de Humanização (PNH): a cogestão em ato. **Interface Comun Saúde Educ** 2009; 13(Supl. 1):627-640.

OLIVEIRA, R.; MARUYAMA, S.A.T. Princípio da integralidade numa UTI pública: espaço e relações entre profissionais de saúde e usuários. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 11, p. 375-382, 2012.

RAMOS, D.D.; LIMA, M.A.D.S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, **Brasil. Cad. Saúde Pública**. 2003;19(1):27-34.

SALOME, G.M.; MARTINS, M.F.M.S; ESPOSITO, V.H.C. Sentimentos vivenciados pelos profissionais de enfermagem que atuam em unidade de emergência. **REVISTA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM**, BRASÍLIA, v. 62, n. 6, Dec. 2009.

SANTOS, M.I.P.; LUZ, E. **A Grounded Theory segundo Charmaz: experiências de utilização do método** Portugal: 2012.

SAVÓIA, M. G., SANTANA, P. R., & MEJIAS, N. P. (1996). Adaptação do inventário de estratégias de coping de FOLKMAN E LAZARUS para o português. *Psicologia USP*, 7, 183-201.

SEQUEIRA, V.C. Resiliência e abrigos. Redalyc, Sistema de Información Científica, Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal, Boletim Academia Paulista de Psicologia, Brasil, 2009, v.29, n.1, p. 65-80.

SOUZA, L.A.P.V.; MENDES L. F. O conceito de humanização na Política Nacional de Humanização (PNH) **Interface COMUNICAÇÃO ,SAÚDE ,EDUCAÇÃO** v.13, supl.1, p.681-8, 2009

SOUZA, M.M.C. **Perfil de morbimortalidade relacionada a acidentes e violências no Brasil**. In: Souza RMC. **Atuação no trauma: uma abordagem para a enfermagem**. São Paulo: Atheneu; 2009. p. 7-28.

Souza, L; Assunção, A; Simões, J. C. Vivências em Serviço de Urgências: o papel dos acompanhantes dos doentes. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.20, n.1, p.195-206, 2011.

APENDICES



PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PESQUISA PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DE GOIÁS MESTRADO CIÊNCIAS AMBIENTAIS E DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP

TERMO DE ANUÊNCIA

À Direção do Pronto Socorro Hospital e Maternidade de Várzea Grande

A pesquisa intitulada "Impacto da Vivência da Internação emergencial sobre os Familiares de Vítimas Politraumatizadas" de responsabilidade da pesquisadora Adriana Oliveira Magalhães, com o orientador da pesquisa Professor Dr. Luc Marcel Adhemar Vandenberghe é um trabalho de dissertação de Mestrado Acadêmico em Ciências Ambientais e Saúde da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO). Essa pesquisa tem como objetivo: Compreender os impactos gerados aos familiares de vítimas politraumatizadas que vivenciaram a internação emergencial.

A coleta dos dados irá acontecer entre os meses de outubro a novembro de 2014. A pesquisadora responsável declara estar ciente das normas que envolvem as pesquisas com seres humanos, em especial a Resolução CNS nº 466/2012 e que a parte referente à coleta de dados somente será iniciada após aprovação do projeto por parte do PSHMVG e do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Pontifícia Universidade Católica de Goiás – (PUC-GO).

Portanto, solicito à Direção do PSHMVG autorização para realização dessa pesquisa.

Cuiabá- MT, 03 de Junho de 2014

Dr. Edson Anchieta
Diretor Clínico - HBSMVG
CEP/MT: 4387

Dr Edson Anchieta

Diretor Clínico do Pronto-Socorro, Hospital e
Maternidade de Várzea Grande (PSHMVG)

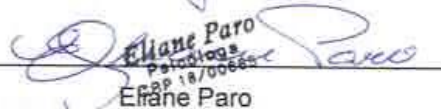


PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PESQUISA PONTIFÍCIA
UNIVERSIDADE
CATÓLICA DE GOIÁS MESTRADO CIÊNCIAS AMBIENTAIS E DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUIS - CEP

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Declaro ter lido e concordar com o projeto de pesquisa: Impacto da Vivência da Internação emergencial sobre os Familiares de Vitimas Politraumatizadas, na responsabilidade da pesquisadora Adriana Oliveira Magalhães e declaro conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades no que diz respeito ao atendimento (psicológico) e assume a responsabilidade de prestar atendimento ao participante da pesquisa quando este em decorrência de sua participação vir a apresentar alguma complicação psicológica. Estou ciente que a execução deste projeto dependerá da aprovação do mesmo pelo CEP da instituição proponente, mediante parecer ético consubstanciado e declaração de aprovação.

Cuiabá, 02 de Junho 2014.


Eliane Paro
Psicóloga
CRP 18/0064

Coordenadora da Clínica de psicologia
do Centro Universitário de Várzea Grande



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS/ PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA/ COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* MESTRADO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

(Aos familiares de vítimas de politraumatizadas)

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário (a), do Projeto de Pesquisa sob o título “**A vivência da internação emergencial na perspectiva de familiares de pessoas com politraumatismos**”. Meu nome é Adriana Oliveira Magalhães, sou a pesquisadora responsável, mestranda, em ciências ambientais e da saúde. Após receber os esclarecimentos e as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, este documento deverá ser assinado em duas vias, sendo a primeira de guarda e confidencialidade do Pesquisador (a) responsável e a segunda ficará sob sua responsabilidade para quaisquer fins. Em caso de recusa, você não será penalizado (a) de forma alguma. Em caso de dúvida sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável Adriana Oliveira Magalhães ou com o orientador da pesquisa Professor Dr. Luc Marcel Adhemar Vandenberghe nos telefones: (65) 9208 7407/ (62) , ou por meio do e-mail dricamaga1@yahoo.com.br ou luc.m.vandenberghe@gmail.com. Em caso de dúvida sobre a ética aplicada a pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, telefone: (62) 3946-1512.

Sua entrevista será realizada em um local restrito no hospital que possua cadeira, iluminação e ventilação, assim como condições para garantir sua privacidade, o horário será de sua escolha, sendo que, após a primeira entrevista, marcaremos as próximas que se fizerem necessárias. As informações serão utilizadas para fins de pesquisa científica e publicação, os dados registrados nenhum momento revelará a sua identidade.

Os dados referentes à sua pessoa serão confidenciais e asseguramos o sigilo de sua participação durante toda a pesquisa, inclusive após a publicação da mesma. Você terá o desconforto de participar das entrevistas, sendo sempre respeitada a sua vontade de participar ou não da pesquisa. O senhor (a) poderá se recusar em participar do estudo ou se retirar a qualquer momento, isso não lhe trará nenhum prejuízo. A sua participação nesta pesquisa constará em responder uma entrevista feita pela pesquisadora, por meio de entrevista gravada, após transcrita e

citada no corpo do trabalho. Os dados coletados serão mantidos em sigilo absoluto, após a realização de toda pesquisa serão armazenados por um período de 5 (cinco) anos pela pesquisadora e depois incinerados, conforme orientação da Resolução CNS 466/12. Não haverá riscos diretos, pois a senhor (a) apenas responderão a algumas perguntas. No momento da entrevista será lembrado o atendimento, se houver algum problema de ordem emocional o senhor (a) poderá ser retirado (a) da pesquisa a qualquer momento, me coloco a disposição para ajuda-lo (a) e se necessário será encaminhado (a) para tratamento e acompanhamento psicológico adequado na clínica de psicologia do Centro Universitário de Varzea Grande- MT, sem ônus.

A vivência da internação no serviço de emergência poderá gerar sentimentos como tristeza, medo, angustia e incertezas para os familiares que acompanham esta internação. Temos como objetivo: Compreender os impactos gerados aos familiares de vítimas politraumatizadas que vivenciaram a internação emergencial. Esperamos que através das estratégias que serão sugeridas nesse estudo possamos ajudar aos profissionais da emergência a ter um outro olhar aos familiares no momento do atendimento visando: inseri-los, orienta-los e instrumentaliza-los no acompanhamento e ajuda ao paciente.

Contribuindo assim para o planejamento de ações em saúde voltadas ao bem-estar do paciente/familiares, dos profissionais, da comunidade em geral e da instituição.

Eu _____, RG _____, abaixo assinado, discuti com a mestrandia Adriana Oliveira Magalhães sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Assim como minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento e acompanhamento a saúde quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades, ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

Cuiabá, ____, de _____, de 201 ____.

_____/_____/_____

Assinatura do participante Data

_____/_____/_____

Assinatura da testemunha Data

_____/_____/_____

Assinatura do responsável pelo estudo Data



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS/ PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA/ COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* MESTRADO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

Dados de identificação do sujeito

Gênero: feminino () masculino () Idade _____ anos

Grau de parentesco com quem está internado: _____

Por que procurou esse serviço? _____

Procedência? _____

Estado civil: () S () C () U. E () V () D () Outros.

Escolaridade: () Analfabeta () ensino fundamental completo () ensino fundamental incompleto _____ () ensino médio completo () ensino médio incompleto _____ () ensino superior completo ()

Profissão: _____ Trabalha atualmente: () sim () não

Religião: _____

Questões norteadoras:

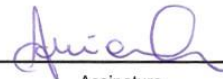

- 1) Como foi para você ter presenciado o atendimento de emergência?
- 2) O que mais te chamou atenção no momento do atendimento?
- 3) Como você percebeu o profissional, como ele agiu, como você se sentiu com isso?

ANEXO



MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa: O IMPACTO DA VIVÊNCIA DA INTERNAÇÃO EMERGENCIAL SOBRE OS FAMILIARES DE VÍTIMAS POLITRAUMATIZADAS		2. Número de Participantes da Pesquisa: 20	
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome: Adriana Oliveira Magalhães			
6. CPF: 621.691.651-34	7. Endereço (Rua, n.º): ALINE HUGHNEY DE SIQUEIRA CARUMBE casa 91 CUIABA MATO GROSSO 78050670		
8. Nacionalidade: BRASILEIRO	9. Telefone: (65) 3653-5935	10. Outro Telefone:	11. Email: dricamaga1@yahoo.com.br
12. Cargo:			
<p>Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.</p>			
Data: <u>09 / 06 / 14</u>		 Assinatura	
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
13. Nome: Pontifícia Universidade Católica de Goiás - PUC/Goiás	14. CNPJ: 01.587.609/0001-71	15. Unidade/Orgão:	
16. Telefone: (62) 3946-1070	17. Outro Telefone:		
<p>Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.</p>			
Responsável: <u>Prof. Nelson Jorge da Silva Jr.</u>	CPF: <u>233.380.241-34</u>		
Cargo/Função: <u>Coordenador</u>			
Data: <u>09 / 06 / 14</u>	 Assinatura Prof. Dr. Nelson Jorge da Silva Júnior Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde PUC Goiás - Coordenador - R.E. 3317		
PATROCINADOR PRINCIPAL			
Não se aplica.			