

AS INTERFACES DA CONVIVÊNCIA DA FAMÍLIA EM UMA UNIDADE DE PRONTO SOCORRO

Adriana Valongo Zani*
Juliana de Moraes Vila Real**
Andrey Rogério Campos Golias***
Edlívnia Dias de Mattos****
Cristina Maria Garcia de Lima Parada*****
Sonia Silva Marcon*****

RESUMO

O objetivo do estudo foi descrever os aspectos positivos e negativos da comunicação da família com a equipe de saúde em uma unidade de pronto-socorro. Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa, realizada com vinte familiares/acompanhantes de pacientes internados no pronto-socorro de um hospital escola. Os dados foram coletados nos meses de maio e junho de 2011 por meio de entrevista semiestruturada e analisados com base no referencial metodológico do Discurso do Sujeito Coletivo, o que resultou em quatro itens de discussão: "Ausência de informações comprometendo o vínculo familiar/profissional de saúde"; "O modelo ideal de informações fornecidas pelo profissional sobre a condição do familiar hospitalizado"; "Avaliação das informações fornecidas sobre rotinas do hospital"; e "O papel do familiar/acompanhante. Para o paciente e seu familiar, a comunicação é uma ferramenta para o cuidado cuja função é transmitir segurança, respeito e orientação, porém, quando incompleta, constitui-se em potencial causa de estresse e insatisfação.

Palavras-chave: Comunicação. Família. Serviços Médicos de Emergências. Pessoal de Saúde.

INTRODUÇÃO

Em um pronto-socorro o trabalho geralmente é intenso, principalmente se desenvolvido em unidade que funcione com porta aberta à demanda espontânea⁽¹⁾. Os serviços de emergência possuem como características inerentes: acesso irrestrito; número excessivo de pacientes; extrema diversidade na gravidade do quadro inicial, tendo-se pacientes críticos ao lado de pacientes mais estáveis; escassez de recursos humanos; sobrecarga de trabalho dos profissionais de saúde; predomínio de profissionais jovens; fadiga; supervisão inadequada; descontinuidade do cuidado e falta de valorização dos profissionais envolvidos⁽²⁾.

O atendimento de emergência

frequentemente é desenvolvido em ambiente conturbado e equipado com muitos aparelhos, não sendo raro associar-se ao desconforto, impessoalidade e falta de privacidade, aspectos que se somam às condições de trabalho desgastantes dos profissionais de saúde, com longas jornadas, rodízios, multiplicidade e repetitividade de funções, ritmo excessivo de trabalho, ansiedade e esforços físicos, que podem gerar comunicação impessoal e mecanizada, limitando o profissional de saúde ao cumprimento apenas do seu papel instrumental e técnico, especialmente se não estiver atento a esta relação⁽²⁾.

A comunicação que estabelece com o paciente/família permite ao profissional compreender seu modo de pensar, sentir e agir, e só assim este pode identificar os problemas

* Enfermeira. Doutoranda do Programa Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina de Botucatu – Universidade Estadual Paulista. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina. Londrina - Pr. E-mail: adrianazani@hotmail.com.

** Enfermeira. Aluna não-regular do Programa de Mestrado em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá. Enfermeira do Hospital Universitário de Maringá. Maringá-PR. E-mail: julivilareal@bol.com.

*** Fisioterapeuta. Doutorando do Programa Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina de Botucatu – Universidade Estadual Paulista. Docente do Departamento de Fisioterapia da Faculdade Ingá. E-mail: andreyfisio@gmail.com.

**** Enfermeira. Doutoranda do Programa Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina de Botucatu – Universidade Estadual Paulista. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Norte do Paraná. E-mail: liviamattos05@hotmail.com

***** Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professor Adjunto da Faculdade de Medicina de Botucatu – Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Botucatu – SP. E-mail: cparada@fmb.unesp.br

***** Enfermeira. Doutora em Filosofia da Enfermagem. Coordenadora do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá. E-mail: soniasilva.marcon@gmail.com

sentidos por eles, com base no significado que atribuem aos fatos que lhes ocorrem, o que ajuda na manutenção ou recuperação de sua saúde. Quase sempre o atendimento das necessidades básicas do paciente e da família depende do processo de comunicação que ocorre entre eles e os profissionais de saúde.

Considerada pelos profissionais de saúde como instrumento básico para o cuidar, a comunicação ocorre de modo verbal e não verbal, podendo sofrer interferência de ruídos que causam dificuldades no cuidar e no bom relacionamento entre o paciente, a família e o profissional. Isto pode se tornar mais complexo para a família e o paciente quando este se encontra em ambiente hospitalar.

A comunicação é uma necessidade em todas as ações realizadas com o paciente e com a família, como orientar, informar, apoiar, confortar ou atender suas necessidades básicas. É também uma das ferramentas que o profissional de saúde utiliza para desenvolver e aperfeiçoar o saber-fazer profissional. O papel do profissional de saúde não se restringe a executar técnicas ou procedimentos, mas ele deve também propor ações de cuidado abrangentes, que implicam, entre outros aspectos, em desenvolver a habilidade de comunicação. Deste modo a comunicação, como instrumento básico para o profissional de saúde, é um meio utilizado para atender às necessidades do paciente⁽³⁾.

Pela comunicação as pessoas podem expressar-se, relacionar-se e satisfazer suas necessidades. Essa interação pode influenciar o comportamento das pessoas, que reagirão com base em suas crenças, valores, história de vida e cultura, daí a grande importância do relacionamento entre o profissional de saúde e o paciente no fenômeno de cuidar. As mudanças no processo de trabalho da equipe influenciam a relação entre o profissional de saúde e o paciente, a qual, ao longo dos tempos, vem se modificando gradativamente. Com a humanização do cuidado, o paciente deixou de ser visto apenas como uma doença ou um leito e passou a ser visto como um todo, mas de forma individualizada. Com isso, o profissional de saúde intensificou a identificação das necessidades básicas de cada paciente para poder agir sobre elas⁽⁴⁾.

Para identificar essas necessidades, cada vez mais o paciente se faz sujeito ativo no relacionamento. Mediante os vínculos estabelecidos, o trabalho da equipe de saúde é otimizado e o paciente é beneficiado. É pela comunicação estabelecida com o paciente que se torna possível compreendê-lo holisticamente, isto é, seu modo de pensar, sentir e agir.

Todo paciente e sua família possuem a chave para o cuidado efetivo, pois, quando a confiança é estabelecida, informações são proporcionadas e a pessoa é encorajada a se tornar parte ativa na maximização de sua capacidade de funcionamento. Então o profissional de saúde cria estratégias para atingir a saúde ideal e abre a porta à satisfação do paciente e à eficiência do cuidado à saúde.

Para o ser humano, a doença é a quebra da harmonia orgânica, a qual interfere em todos os setores da sua vida, especialmente na convivência com os familiares mais próximos. Quando a hospitalização se faz necessária, o indivíduo é retirado de seu ambiente familiar e entra em um mundo completamente estranho, onde rotinas e normas rígidas controlam e determinam suas ações. Ao entrar no hospital ele deixa sua família, seu trabalho e seu ambiente para adentrar em um mundo diferente, sendo obrigado, inclusive, a ter seus hábitos modificados para se ajustar às rotinas hospitalares. Por outro lado, não se deve esquecer que ele traz conceitos advindos de suas relações com vizinhos, conhecidos, leituras de jornais ou revistas, ou mesmo de experiências anteriores de hospitalização, que podem favorecer a fuga da realidade ou a sua distorção⁽⁵⁾.

Um dos desafios do atendimento nos serviços de emergência é ouvir pacientes e família de forma a atender às expectativas de ambos em relação ao cuidado que está sendo prestado. Sabe-se que nestes locais a forma como se dá a intervenção com a equipe de saúde pode interferir positiva ou negativamente nas respostas das pessoas ao tratamento. Considerando-se essas questões, propõe-se este estudo a descrever aspectos positivos e negativos da comunicação da família com a equipe de saúde em unidades de pronto-socorro.

METODOLOGIA

Adotou-se a pesquisa descritiva com abordagem qualitativa para a realização do estudo. A pesquisa qualitativa envolve o estudo de uma variedade de materiais empíricos que descrevem momentos e significados rotineiros e problemáticos na vida dos indivíduos. Consiste em um conjunto de práticas materiais e interpretativas que dão visibilidade ao mundo, transformando-o em uma série de representações com o objetivo de entender ou interpretar os fenômenos⁽⁶⁾.

O estudo foi desenvolvido no pronto-socorro de um hospital-escola público credenciado pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Essa unidade hospitalar prioriza atividades de assistência, ensino e pesquisa e, em razão de sua capacidade operacional ativa, classifica-se como hospital de porte tipo quatro. Possui em sua estrutura unidades de internação médico-cirúrgicas e pediátricas, maternidade, centro cirúrgico, pronto-socorro e unidades de terapia intensiva para adultos, pediátrica e neonatal.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada aplicada à família no período de maio a junho de 2011. Este tipo de entrevista possibilita que o informante discorra sobre suas experiências a partir do foco principal proposto pelo pesquisador, ao mesmo tempo em que lhe permite respostas livres e espontâneas⁽⁷⁾. As questões norteadoras do estudo foram: “Como você avalia as informações fornecidas pelos profissionais de saúde sobre seu familiar?”; “Quais profissionais costumam lhe fornecer informações sobre seu familiar?”; “Como você acha que deveriam ser passadas a você as informações sobre o estado de seu familiar?”; “Você recebeu informações sobre as rotinas do hospital? Se sim, quem as forneceu?”; “Como você avalia estas informações?”.

Integraram este estudo vinte familiares de clientes/pacientes que estavam em atendimento na unidade de pronto-socorro de um hospital-escola, sendo que alguns aguardavam vaga para internação em enfermarias e outros esperavam por exames e/ou procedimentos cirúrgicos. A escolha desses familiares deu-se de forma não intencional. A definição do número de sujeitos considerou o princípio da saturação teórica e a possibilidade de resposta ao objetivo estabelecido.

A construção dos roteiros de entrevista foram fundamentados na Teoria das Representações Sociais (TRS), uma interpretação da realidade que pressupõe que não haja distinção entre sujeito e objeto da pesquisa, uma vez que toda realidade é representada pelo indivíduo. “Toda representação é, portanto, uma forma de visão global e unitária de um objeto e, para que o indivíduo possa formar essa visão global, ele usa elementos de fatos cotidianos e de conhecimentos do senso comum”^(8: 609).

A análise dos dados foi realizada de acordo com o referencial metodológico do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), o qual propõe a organização e tabulação de dados de natureza qualitativa, constituindo-se em estratégia que utiliza uma forma discursiva e procura tornar claro o que pensa determinada população sobre determinado tema e como o vivencia⁽⁹⁾.

Este método consta de quatro figuras metodológicas: Expressão-Chave (ECH), Ideia Central (IC), DSC e Ancoragem (AC). As ECHs são definidas como segmentos substanciais das falas literais dos sujeitos que definem o conteúdo e a sequência do discurso elaborado em torno de uma ideia central. A IC consiste de uma expressão linguística sintética que indica o “cerne” do discurso, ou seja, confere distinção a cada conjunto de expressões-chave, dando origem ao discurso do sujeito coletivo. Já o DSC é um discurso-síntese, constituído de um conjunto de expressões-chave cujo conteúdo reflete a ideia central. Embora o DSC esteja redigido na primeira pessoa do singular, não representa uma experiência singular, mas sim, expressões homogêneas de vários sujeitos⁽⁹⁾.

Para este estudo a análise seguiu os seguintes passos: 1) leitura de cada depoimento singular; 2) extração das expressões-chave de cada depoimento; 3) agrupamento das expressões-chave homogêneas; 4) extração da ideia central de cada agrupamento das expressões-chave; 5) composição dos discursos do sujeito coletivo correspondentes a cada ideia central.

A pesquisa foi realizada mediante o parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa, emitido sob o n.º 111/2011, e conformou-se às normas estabelecidas pela Resolução no 196/96 do CNS/MS, de 10 de outubro de 1996, que aprovou as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos⁽¹⁰⁾. Para

garantir o anonimato dos entrevistados estes foram identificados pela letra F seguida de números indicativos da ordem de realização das entrevistas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Uma breve caracterização dos sujeitos evidencia que a faixa etária do familiar/acompanhante variou entre 27 e 60 anos; o grau de parentesco foi próximo, sendo na maioria filhas ou mães dos pacientes, e o período de permanência destes com os pacientes foi, em média, de 12 a 24 horas, sendo que muitos não possuíam outros familiares que com eles revezassem no atendimento.

Após a análise das entrevistas com o familiar/acompanhante emergiram quatro temas: “Ausência de informações comprometendo o vínculo familiar/profissional de saúde”; “O modelo ideal de informações fornecidas pelo profissional sobre a condição do familiar hospitalizado”; “Avaliação das informações fornecidas sobre rotinas do hospital”; e “O papel do familiar/acompanhante”.

Tema 1: Ausência de informações comprometendo o vínculo familiar/profissional de saúde

DSC1- Alguns profissionais fornecem informações boas e tiram minhas dúvidas, mas a maioria não se apresenta, não sei se é médico, estudante ou enfermeiro na verdade tento ter uma ideia através da roupa que utilizam, se são muito novinhos devem ser estudantes ou para ser médico ou para enfermeiro, se usam essa roupa bege acho que são os técnicos, os ajudantes dos enfermeiros e se são mais velhos acho que são médicos ou professores de enfermagem. Eles também falam que depois do exame irão vir dizer o resultado e daí vão ver como irão tratar meu familiar, mas não voltam nem para falar do resultado do exame e nem para dizer como será o tratamento. É muito comum entrarem no quarto examinarem, dar medicamentos, verificarem a pressão, mas entram e saem sem dizer nada. (IC1- Alguns profissionais fornecem informações boas e IC2- A maioria não se apresenta, entra e sai sem falar nada - F1, F6, F7, F8 e F10).

Nota-se neste discurso a ocorrência de algumas situações de falha da comunicação entre o profissional de saúde e o familiar,

embora se saiba que a comunicação é essencial para uma melhor assistência ao paciente e à família que estão vivenciando o processo de atendimento em ambiente hospitalar, podendo, em situação de falha, resultar em estresse e sofrimento. Assim, o profissional de saúde deve ser capacitado a reconhecer a interação entre o profissional, o paciente e a família para estabelecer atitudes de sensibilidade e empatia entre todos, pois isto contribuirá para uma assistência humanizada. Ele tem o compromisso e a obrigação de incluir a família nos cuidados de saúde. O significado que a família atribui ao bem-estar e à saúde de seus membros, bem como sua influência sobre a doença, obriga este profissional a considerar a assistência centrada na família como parte integrante da prática de seu trabalho.

Não obstante, este cuidado centrado na família é dificultado, pois, apesar de as unidades de pronto-socorro terem o objetivo de atender as emergências e urgências encaminhando-as para outras unidades do hospital, na prática isto nem sempre ocorre. Com frequência os pacientes permanecem por dias, semanas e até por meses aguardando uma vaga em outros serviços e setores, o que leva à sobrecarga de trabalho, já que muitas vezes os profissionais precisam atender as emergências e urgências e prestar atendimento também a pacientes que não deveriam estar na unidade, levando à insatisfação do paciente e família e ao desgaste do profissional.

É certo que o diálogo entre os profissionais de saúde, o paciente e a família favorece um relacionamento de confiança e a obtenção de bons resultados para assistência com qualidade. O cuidador precisa saber ouvir, estar presente e ter empatia a pessoa objeto de seu cuidado. Desta forma, ambos se fortalecerão e poderão encontrar a solução para o problema de saúde. A interação da equipe com o familiar/cuidador remete ao significado do cuidado humanizado⁽¹¹⁾.

A família necessita criar vínculo com o profissional, pois assim ela terá confiança nos procedimentos e condutas tomadas em relação ao seu ente doente; porém ficou evidente neste discurso que, por vezes, a família não sabia definir qual a categoria profissional que lhes fornecia informação. Em suas falas, muitos

buscavam categorizar estes profissionais pelo uniforme que utilizavam e pela aparência física. Assim, se fossem jovens deveriam ser estudantes de medicina ou enfermagem; se usassem uniforme privativo do pronto-socorro seriam técnicos de enfermagem; se usassem jaleco branco e fossem um pouco mais velhos, deveriam ser médicos ou professores de enfermagem; porém, de modo geral, não tinham a certeza de qual profissional havia passado determinada informação.

Depreende-se ainda, da fala do DSC1, a importância que a família atribui aos acordos firmados. Não retornar após o exame do paciente com informações, conforme combinado, pode dificultar a criação de vínculo familiar/profissional. A quebra de confiança no profissional, que situações desse tipo podem provocar, pode inviabilizar uma convivência harmoniosa durante o período de internação. Confiança pressupõe honestidade, sinceridade nas atitudes e no diálogo, compartilhadas pela família e pelo profissional⁽¹²⁾.

Ao procurarem o serviço de emergência o paciente e seu familiar buscam solução imediata para suas manifestações, depositando na instituição e nos profissionais que ali atuam a esperança de resolução do seu caso. Muitos pacientes atendidos, mas descrentes em relação aos serviços ambulatoriais, esperam uma solução definitiva, e outros, sem tempo para consultas de rotina, desejam realizar uma rápida avaliação para descartar qualquer patologia⁽²⁾.

Tema 2: O modelo ideal de informações fornecidas pelo profissional sobre a condição do familiar hospitalizado

DSC 2 - As informações deveriam ser passadas com mais privacidade. Muitas vezes o médico e os outros profissionais falam coisas que só deveriam ser faladas para mim, que sou da família, mas muitas vezes eles falam perto de outros pacientes e familiares e todo mundo fica sabendo. Além disso, acho que o médico deveria passar no quarto todos os dias, eu não deveria ter que pegar o prontuário do meu familiar e ter que levar para o médico ver e às vezes ele ainda fica bravo. Também acho que os profissionais devem ter mais paciência em fornecer as informações, porque alguns profissionais são estúpidos nas respostas de algumas perguntas (IC3- As informações deveriam ser passadas com mais

privacidade; IC4- Os profissionais devem ter mais paciência em fornecer as informações – F1, F3, F12, F15 e F20)

A família e o paciente necessitam de privacidade para poderem realizar de modo mais efetivo a interação com o profissional de saúde. Muitas vezes os familiares deixam de questionar assuntos importantes por vergonha e por medo de que pessoas desconhecidas venham a saber. Na fala do DSC2 fica evidente este sentimento: a família, de modo geral, sente-se invadida em sua privacidade ao ter que socializar com pessoas estranhas ao seu convívio, como, por exemplo, outros pacientes e seus acompanhantes, informações que só dizem respeito a ela e seu familiar.

As unidades de pronto-socorro, por frequentemente atenderem a livre demanda de forma irrestrita, lidam com superlotação e suas consequências, como pacientes críticos e não críticos dividindo o mesmo espaço e a permanência por longos períodos nos corredores. Essa falta de estrutura física dificulta a manutenção da privacidade do paciente, de seu familiar e até do profissional.

Esses problemas estão relacionados com a falta de estrutura das unidades de atenção básica, que muitas vezes deixam de ofertar serviços para resolver problemas simples da população, levando os pacientes a procurarem hospitais que tenham atendimento de emergência, com a certeza de encontrar um médico de plantão. Como consequência, gradativamente os serviços de emergência dos hospitais privados e públicos tornam-se mais cheios, levando o paciente que necessita efetivamente de atendimento de emergência, ou seja, aquele com risco iminente de morte, a aguardar por horas pela assistência⁽¹³⁾.

A relação entre o profissional, o paciente e os familiares é muito importante desde o momento diagnóstico e depois, ao longo do tratamento. Essa relação deve ser caracterizada pelo estabelecimento de vínculos.

No âmbito da saúde, criar vínculos requer o estabelecimento de relações próximas e claras, de forma que o sofrimento do outro seja sensibilizador, e visa estabelecer um processo de busca pela autonomia do paciente e o compartilhamento da responsabilidade por sua vida ou morte.

O paciente e a família precisam vincular-se ao profissional da área da saúde para que este possa transmitir-lhe o diagnóstico. Devem-se oferecer informações suficientes para possibilitar ao indivíduo compreender as peculiaridades de sua saúde. Especificamente no momento do diagnóstico são necessários elementos que permitam sua melhor aceitação e, conseqüentemente, a terapia a ser realizada.

O estabelecimento do vínculo entre o profissional, o paciente e os familiares pressupõe a aproximação para a compreensão da pessoa enferma e uma empatia mínima entre as partes envolvidas; dessa forma, o paciente passa da situação de “caso” para a de “pessoa”. Isso é possível pela disposição do profissional em relacionar-se de forma mais personalizada, menos objetada e mais humanizada, características de um profissional mais aberto à exploração dos relacionamentos humanos e menos marcado por seu conhecimentos científicos⁽¹⁴⁾.

Tema 3: Avaliação das informações fornecidas sobre rotinas do hospital

DSC 3 - Posso dizer que as informações referentes à rotina do hospital deixaram a desejar, pois recebi informações somente sobre horário de visita e troca de acompanhantes, e quem informou foi o pessoal da recepção e enfermeiros. Na verdade estas informações não foram fornecidas de imediato, só as tive quando fui perguntar; mas em relação a informações como o que eu posso ou não fazer, qual é minha função aqui, o que posso trazer ou não (como alimentos e roupas) acabei sabendo através de outros acompanhantes (IC5 - Informações sobre a rotina do hospital deixaram a desejar; IC6 - As informações foram dadas somente quando perguntei - F3, F6, F9, F18 e F19.).

A família e o paciente, ao entrarem no ambiente hospitalar, têm seus hábitos alterados, e a falta de maior esclarecimento sobre as novas rotinas impostas pela internação pode contribuir para o desconforto e descontentamento destes familiares e do seu paciente, como podemos perceber neste discurso.

A hospitalização do familiar pode impor ao acompanhante a vivência de situações de desconforto, necessitando adaptar-se a um cenário hostil, com falta de comodidade, e ajustar-se às normas e rotinas da instituição,

enfrentando situações de angústia e resignação, condições que alteram os seus hábitos e costumes diários. Destarte, nem sempre a experiência vivida no hospital pelo familiar acompanhante se caracteriza como prazerosa, e sua permanência nesse ambiente pode desencadear diversas situações de desconforto⁽¹⁵⁾.

A unidade de emergência oferece serviços de alta complexidade e diversidade no atendimento a pacientes em situação de risco iminente de morte, porém as tecnologias avançadas utilizadas neste atendimento nem sempre garantem a qualidade da assistência, pois há influência decisiva de fatores relacionados ao objeto e à força de trabalho neste processo. Na busca pela estabilização das condições vitais do paciente, o atendimento se dá por meio do suporte à vida, exigindo agilidade e objetividade no fazer⁽¹⁶⁾. Assim, a luta contra o tempo pode dificultar o contato do profissional com o familiar.

Outro fator que pode explicar as dificuldades de comunicação/interação entre o profissional e o familiar é que o pronto-socorro deveria atender apenas as emergências e urgências e não manter pacientes sob observação por longos períodos. Nas condições em que funciona o pronto-socorro, o profissional não consegue informar com precisão rotinas como as relacionadas à troca de acompanhantes, materiais de higiene para o paciente, horários de visita e alimentação, entre outras, informações que não seriam necessárias na unidade se estes pacientes fossem encaminhados para os serviços especializados logo após o primeiro atendimento prestado no pronto-socorro.

Por outro lado, cumpre lembrar que a família é uma unidade em constante transformação e mudança e que cada uma traz consigo sua história, impregnada de crenças e valores⁽¹⁷⁾, daí a importância de fornecer informações sobre as rotinas hospitalares, pois essas informações facilitarão a adaptação da família e do paciente a esta nova situação.

Tema 4: O papel do familiar/acompanhante

DSC 4 - Eu acho importante ficar do lado dele, pois eu posso observar melhor, ajudar no que for necessário, como auxiliar a levantar da cama, dar banho, chamar o médico, explicar o que está

acontecendo com ele, quando tem dificuldade de falar o que sente, para que não se sinta isolado da família, para manter o vínculo familiar, para que eu possa ficar sabendo do que está acontecendo com ele, ou seja, ficar inteirada da situação (IC 7 – Do lado dele eu posso ajudar no que for necessário; IC 8 – Se estou junto, mantemos o vínculo familiar – F3, F6, F7, F9, F10, F1, F16).

A presença de um membro da família como acompanhante do paciente em unidades de internação é cada vez mais frequente, tanto no âmbito da assistência à criança e adolescente quanto em maternidades e unidades de internação de adultos; e mais recentemente, com a aprovação do Estatuto do Idoso, isto está sendo uma realidade também nesta faixa etária. Tal exigência, fortemente marcada pelos movimentos sociais e requisitada pelos ativistas dos direitos de saúde dos cidadãos brasileiros, entre esses, muitos profissionais da área, tem posto em relevo as demandas necessárias ao pleno funcionamento da dinâmica das internações hospitalares, especialmente no que diz respeito às relações culturais que se estabelecem entre os profissionais de saúde e as famílias, que também cuidam e se envolvem de diversas formas com a pessoa internada. Algumas dessas demandas dizem respeito diretamente aos conhecimentos e aos valores que a equipe de saúde possui sobre as famílias que cuidam e que ajudam a cuidar, dentro das instituições hospitalares⁽¹⁸⁾.

A presença do familiar na instituição hospitalar é necessária para promover melhor captação de dados do paciente e de seu momento existencial, contribuir para o conhecimento dos profissionais acerca dos principais problemas e necessidades por ele requeridas e favorecer a sua inserção social no ambiente hostil. Essa presença também facilita a inclusão na comunidade e permite, desde o início, a integração às mudanças provocadas pela internação. Assim, a permanência de familiares com o paciente durante o período de internação é uma forma de este manter seus registros pessoais e do seu meio de convívio, o que o torna mais seguro e cooperativo com a equipe de saúde, desenvolvendo melhores canais de comunicação e colaborando com o próprio tratamento⁽¹⁵⁾.

A família exerce importante função para o paciente/cliente, pois ela permite a manutenção do vínculo deste com seus familiares, e

consequentemente, contribui para que sua identidade não seja perdida em meio ao processo de internação. É sabido que, de modo geral, durante a hospitalização o paciente tem toda a sua rotina e costumes modificados pelas rotinas hospitalares. Essas mudanças incluem questões como: o vestuário (ele é obrigado a usar roupas do hospital que não correspondem à sua identidade real); a alimentação com comidas que muitas vezes não fazem parte de seu cardápio cotidiano; horários de banhos, refeições e repouso diferentes do modo a que estava habituado; a necessidade de em muitas situações expor seu corpo para exames e procedimentos de higiene, o que lhe causa constrangimento e falta de privacidade. Por outro lado, o fato de um ente conhecido, ou seja, a família, permanecer ao seu lado, faz com que o paciente se recorde de que ele possui uma identidade e mantém vínculo com este familiar. Por isso é extremamente eficaz a permanência do acompanhante no período de internação no que diz respeito ao apoio emocional que este pode proporcionar ao paciente, que atravessa uma fase crítica da sua vida. O acompanhante pode contribuir não só afetivamente, mas também na prestação de alguns cuidados que vêm em benefício do paciente⁽¹⁷⁾.

A família precisa expressar o seu apoio em solidariedade a um integrante doente e, para isso, precisa da oportunidade de estar o maior tempo possível ao lado dele. A família expressa as suas facilidades e até mesmo sinaliza as estratégias a serem utilizadas para permanecer junto ao paciente. Esta manifestação pode ser percebida mediante uma sequência de ações empreendidas no sentido de vivenciar a experiência de estar com o familiar num momento difícil, como referir que sem sua presença seu ente doente terá dificuldade de se comunicar com os profissionais de saúde e que sua presença mantém vivos os vínculos familiares e sua identidade⁽¹⁸⁾.

Por seu caráter de urgência e emergência, as unidades de pronto-socorro, com uma rotina acelerada de atendimentos, tornam-se um ambiente de tensão e estresse. Todos quantos vivenciam essa realidade, sejam os pacientes, os familiares ou a equipe de saúde, estão sempre envolvidos pela ansiedade e angústia da vida e da morte⁽¹⁹⁾.

Pode-se acrescentar ainda a importância do acompanhante nos dias atuais, uma vez que o paciente recebe alta hospitalar cada vez mais precoce em virtude da atual política de saúde. Com isso, o paciente retorna para o seu meio, muitas vezes, ainda necessitando de cuidados complexos, para os quais nem o paciente nem acompanhante estão habilitados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo permitiu identificar que, para o paciente e o familiar que o acompanha durante o atendimento nas unidades de pronto-socorro, a comunicação apresenta-se como uma ferramenta para o cuidado com a função de transmitir segurança, respeito, orientação e informação que vão muito além do conteúdo das explicações técnicas sobre seu estado de saúde. Por outro lado, a informação, quando incompleta, pode constituir-se em um fator que potencializa o estresse, o sofrimento e a insatisfação. Dessa forma, fica nítida a importância da comunicação como um componente indispensável para que ocorra a orientação e a confiança entre o profissional a família e o paciente, a qual contribui para a recuperação do doente, acalmando-o e dando maior segurança para ele mesmo e para sua família.

É relevante ressaltar a necessidade de a informação ser passada de forma discreta ao paciente e ao familiar durante seu atendimento, já que dessa maneira a comunicação torna-se mais efetiva, por deixá-los mais à vontade para questionar e sanar suas dúvidas, além de não expor sua intimidade. Neste sentido, pode ser necessária a reestruturação do atendimento nos serviços de pronto-socorro, pois a superlotação é

comum, resultando em problemas relacionados à estrutura física e conseqüentemente à falta de privacidade para a comunicação entre o profissional o paciente e a família.

A orientação sobre a nova rotina do paciente e familiar/accompanhante durante o processo de atendimento deve ser clara, objetiva e informativa, explicando por completo quais são as regras e normas da instituição, pois assim facilitará sua adaptação ao ambiente hospitalar na tentativa de minimizar o estresse ocasionado pela brusca mudança de suas atividades diárias. Como a família é considerada a maior fonte de apoio para seus integrantes, faz-se necessário salientar a importância da presença do familiar durante o atendimento, de modo a contribuir para o enfrentamento do sofrimento e desconforto vivenciados pelo paciente e por sua família. Em vista disso, tanto a instituição hospitalar quanto os profissionais da saúde devem conscientizar-se de que a presença da família no momento do atendimento tende a ajudar no tratamento e recuperação do paciente, sendo um instrumento de informação para o profissional e um suporte de confiança e afeto para o doente, fortalecendo o vínculo familiar entre ambas as partes.

Reconhece-se a dificuldade de adequar-se ao ambiente do pronto-socorro, porém acredita-se que as condições necessárias para a melhoria deste ambiente só serão proporcionadas a partir de mudanças estruturais no País, cuja viabilização certamente irá requerer tempo.

Pelo exposto, o pronto-socorro ainda é uma unidade crítica no que se refere à comunicação com o familiar, fato que pode comprometer o cuidado integral ao paciente.

THE INTERFACES OF FAMILY COEXISTENCE IN AN EMERGENCY CARE UNIT

ABSTRACT

The aim was to describe the positive and negative aspects in a family communication at an emergency care unit. This is a descriptive research with a qualitative approach. The sample consisted of 20 family members / caregivers of patients admitted to the emergency room of a university hospital. Data collection was carried out through semi-structured interviews applied during the period of May-June 2011. Data analysis was performed using the methodological framework of the Collective Subject Discourse which resulted in four themes: *Lack of information compromising the family/health professional ties; The ideal model of information provided by the professional regarding the condition of the hospitalized relative; Assessment of information provided about hospital routines; and The role of the relative/companion.* Therefore, for the patient and his family, communication is presented as a tool on the care given with the function of transmitting safety, respect and guidance. However when it is incomplete, it becomes a potential form of stress and dissatisfaction.

Key words: Communication. Family. Emergency Medical Services. Health Personnel.

LAS INTERFACES DE LA CONVIVENCIA DE LA FAMILIA EN UNA UNIDAD DE EMERGENCIAS

RESUMEN

El objetivo del estudio fue describir los aspectos positivos y negativos de la comunicación de la familia con el equipo de salud en una unidad de urgencias. Se trata de una investigación descriptiva con abordaje cualitativo, realizada con veinte familiares/acompañantes de pacientes ingresados en urgencias de un hospital escuela. La recolección de datos se realizó a través de entrevistas semiestructuradas aplicadas a la familia durante el período mayo y junio de 2011 y analizados con base en el referencial metodológico del Discurso del Sujeto Colectivo. Con ello, resultaron cuatro ítems de discusión: "Ausencia de información comprometiendo el vínculo familiar/profesional y salud"; "El modelo ideal de informaciones provistas por el profesional sobre la condición del familiar hospitalizado"; "Evaluación de las informaciones provistas sobre rutinas del hospital" y "El papel del familiar/acompañante". Para el paciente y su familiar, la comunicación es una herramienta para el cuidado cuya función es transmitir seguridad, respeto y orientación, pero, cuando incompleta, se constituye en posibles causas de estrés e insatisfacción.

Palabras clave: Comunicación. Familia. Servicios Médicos de Urgencia. Personal de Salud.

REFERÊNCIAS

1. Ohara R, Melo MRAC, Laus AM. Caracterização do perfil assistencial dos pacientes adultos de um pronto socorro. *Rev Bras Enferm.* 2010 set-out; 63(5): 749-54.
2. Souza RB, Silva MJP, Nori A. Pronto-Socorro: uma visão sobre a interação entre profissionais de enfermagem e pacientes. *Rev Gaucha Enferm.* 2007; 28(2):242-9.
3. Pontes AC; Leitão IMTA, Ramos IC. Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado. *Rev bras enferm.* 2008 mai-jun; 61(3):312-18.
4. Silva LM, Brasil VV, Barbosa AL. Comunicação não-verbal: reflexões acerca da linguagem corporal. *Rev Latino-am enferm.* 2000; 8(4): 52-8.
5. Paula AAD, Furegato ARF, Scatena MCM. Interação Enfermeiro-familiar de paciente com comunicação prejudicada. *Rev. latino-am. enferm.* 2000 ago; 8(4):45-51.
6. Denzin NK, Lincoln YS. O planejamento da pesquisa qualitativa – teorias e abordagens. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.
7. Trivinos ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. 2ª ed. São Paulo: Atlas; 1987.
8. Oliveira DC, Sá CP. Representações sociais da saúde e doença e implicações para o cuidar em enfermagem: uma análise estrutural. *Rev bras enferm.* 2001 out-dez; 54(4): 608-22.
9. Lefevre F; Lefevre AMC. O Discurso do Sujeito Coletivo. Um novo enfoque em pesquisa qualitativa. (Desdobramentos). Caxias do Sul: Educs; 2005.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996: aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília(DF), 1996. Acesso em 2009 nov 27]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/docs/Resolucoes/Reso196.doc>.
11. Siqueira AB, Filipini R, Posso MBS, Fiorano AMM, Gonçalves SA. Relacionamento enfermeiro, paciente e família: fatores comportamentais associados à qualidade da assistência. *Arq med ABC.* 2006; 31(2):73-7.
12. Szarecki C, Beuter M, Brondani CM. Situações de desconforto vivenciadas pelo acompanhante na hospitalização do familiar com doença crônica. *Cienc cuid saude.* 2009; jul-set; 8(3):378-84.
13. Valentim MRS, Santos MLSC. Políticas de Saúde em Emergência e a Enfermagem. *Rev Enferm UERJ.* 2009 abr-jun; 17(2):285-9.
14. Vieira GB, Alvarez AM, Gonçalves LK. A Enfermagem diante dos estressores de familiares acompanhantes de idosos dependentes no processo de hospitalização e de alta. *Cienc cuid saude.* 2009 out-dez; 8(4):645-51.
15. Monticelli M, Boehs AE. A família na unidade de internação hospitalar: entre o informal e o instituído. *Rev Esc Enferm USP.* 2007; 41(3):468-77.
16. Pai DD, Lautert L. Suporte humanizado no Pronto Socorro: um desafio para a enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 2005 mar-mar; 58(2):231-4.
17. Santos AMR, Amorim NMA, Braga CH, Lima FDM, Macedos EMA, Lima CF. Vivências de familiares de crianças internadas em um Serviço de Pronto-Socorro. *Rev Esc Enferm USP.* 2011; 45(2):473-79.
18. Silva L, Bocchi SCM, Bousso RS. O papel da solidariedade desempenhado por familiares visitantes e acompanhantes de adultos e idosos hospitalizados. *Texto & contexto - Enferm.* 2008;17(2):297-303.
19. Soares E, Beserra EP. Atendimento humanizado nos serviços de emergência hospitalar na percepção do acompanhante. *Rev Eletr Enf.* 2009;11(1):151-7.

Endereço para correspondência: Adriana Valongo Zani. Rua André Gallo, nº 140, casa nº 17, Cond. Residencial Ilha de Creta, CEP: 86046-540, Vale dos Tucanos Londrina, Paraná.

Data de recebimento: 03/10/2011

Data de aprovação: 15/11/2011