

## ACOLHIMENTO AOS FAMILIARES DE PESSOAS HOSPITALIZADAS EM UNIDADES PÚBLICAS DE TERAPIA INTENSIVA DA BAHIA<sup>1</sup>

Silvânia Sales de Oliveira\*  
 Nathalie Santos Moreira\*\*  
 Natalia Azevedo Sampaio Santos\*\*\*  
 Joselita Santos Lima\*\*\*\*  
 Aline Silva Gomes Xavier\*\*\*\*\*  
 Silvone Santa Bárbara da Silva\*\*\*\*\*

### RESUMO

Estudo qualitativo com objetivo de analisar como ocorre o acolhimento pelos trabalhadores de um hospital público do estado da Bahia aos familiares de pessoas hospitalizadas na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Participaram deste estudo sete trabalhadores e oito familiares, totalizando quinze participantes. Para apreensão dos dados, utilizou-se a entrevista semiestruturada, sendo a coleta realizada no período de janeiro a março de 2014. Os achados foram submetidos à análise temática de conteúdo e organizados em categorias: Concepções do acolhimento na UTI por familiares e trabalhadores; Estratégias para promover o acolhimento aos familiares na UTI: facilidades, dificuldades e perspectivas. Este estudo demonstrou que as ações voltadas para o acolhimento aos familiares de pessoas hospitalizadas em UTI, pelos trabalhadores, são pontuais e quando realizadas, acontecem de acordo a concepção e a disponibilidade de cada trabalhador. Consideramos que é preciso que o acolhimento não seja visto somente como uma postura ética dos trabalhadores, mas sobretudo, como uma diretriz organizacional, em que se faça primordial a qualidade da assistência.

**Palavras-chave:** Acolhimento. Relações profissional-família. Terapia intensiva.

### INTRODUÇÃO

A hospitalização de um membro da família na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), geralmente é um evento abrupto, inesperado que acaba por desorganizar o grupo familiar e provocar ruptura significativa na vida das pessoas, tendo em vista que todos eles passam a conviver com a iminente possibilidade de perda do ente. Estudos evidenciam que a hospitalização é um evento que coloca a família em diversas situações estressoras e, portanto, acarretam sofrimentos desencadeadores de respostas psicológicas e fisiológicas. Sendo assim, a doença de um ente não se reduz a um conjunto de sintomas, mas significa um evento situacional repleto de representação de ordem moral, social e psicológica<sup>(1)</sup>.

Devido às novas tendências, configurações e organizações dos membros, é necessário adotar, neste estudo, uma concepção de família. Portanto, entendemos que a família não se restringe apenas aos vínculos afetivos de consanguinidade, e sim da convivência e da troca afetiva e materiais entre as pessoas que estão envolvidas por meio da interação afetiva e regular<sup>(2,3,4)</sup>.

O termo acolhimento, por sua vez, é muito citado na atualidade, principalmente no âmbito hospitalar, em especial, após a implantação da Política Nacional de Humanização (PNH). Tal política visa à melhoria da qualidade da assistência em saúde aos cidadãos-usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Para a sua efetivação, o acolhimento é uma tecnologia que deve ser desenvolvida, dado que preconiza o encontro, a escuta, o vínculo e o respeito às

<sup>1</sup> Estudo desenvolvido pelos integrantes do PET-Saúde UEFS na Rede SUS de Feira de Santana/BA (2012/2013): Abordagem Integral das Linhas de Cuidado - sub grupo Urgência e Emergência e PET-Redes: Fortalecendo o Acolhimento na Rede de Atenção à Saúde de Feira de Santana-BA (2013/2015).

\* Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva. Docente do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana. E-mail: silenfuefs@yahoo.com.br

\*\* Graduanda do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana. E-mail: nathalies1993@hotmail.com

\*\*\* Graduanda do Curso de Medicina da Universidade Estadual de Feira de Santana. E-mail: tau.sampaio@gmail.com

\*\*\*\* Graduada em Odontologia pela Universidade Estadual de Feira de Santana. E-mail: jo2006lima@hotmail.com

\*\*\*\*\* Mestre em Enfermagem. Docente do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana. Pesquisadora do Núcleo Interdisciplinar de Estudo sobre Desigualdade em Saúde- NUDES/UEFS. E-mail: asgx@ig.com.br

\*\*\*\*\* Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana. Pesquisadora do Núcleo Interdisciplinar de Estudo sobre Desigualdade em Saúde- NUDES/UEFS. E-mail: silvone.santabarbara@gmail.com

diferenças entre trabalhadores da saúde e cidadãos-usuários<sup>(5)</sup>.

Nessa direção, acolhimento significa atender todos que procuram os serviços de saúde, assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e compactuar, e, assim, dar respostas mais adequadas às necessidades das pessoas hospitalizadas e de seus familiares<sup>(6)</sup>. Portanto, não se trata, apenas, de reconhecer a necessidade da pessoa hospitalizada, mas também, de seus familiares que passam a conviver com situações estressoras peculiares do cenário hospitalar, notadamente em UTI.

Acolher na UTI significa uma postura ética que se mostra visível desde o esclarecimento das dúvidas dos familiares, por meio da escuta qualificada, até a formação de vínculo com o trabalhador da saúde, concorrendo, assim, para a produção do cuidado. E nessa produção do cuidado é importante se constituir o elo entre a pessoa hospitalizada-família-trabalhador, por intermédio de linguagem que possibilite o entendimento entre os envolvidos, seja este na comunicação verbal ou não-verbal.

Todavia, a rotina de assistência na UTI interfere na produção do cuidado, uma vez que esta é entendida também como uma ação relacional permeada pela intersubjetividade de quem cuida e de quem é cuidado e não, meramente, uma ação marcada pela execução de procedimentos. Esta rotina é caracterizada pela alta complexidade tecnológica; pelo enfoque emergencial e curativista que esse ambiente assume; pela escassez de recursos materiais e de trabalhadores e pela complexidade da condição clínica da pessoa internada, bem como das próprias limitações pessoais dos profissionais em lidar com o modo de os familiares expressarem seus sentimentos.

Diante do exposto, surgiram os seguintes questionamentos: Como são elaboradas as concepções de acolhimento por familiares e trabalhadores da UTI de um hospital público? Como ocorre o acolhimento pelos trabalhadores de um hospital público do estado da Bahia aos familiares de pessoas hospitalizadas na UTI? Para responder tais questões, definimos como objetivos: analisar as concepções de acolhimento elaboradas por familiares e trabalhadores da UTI de um hospital público; analisar como ocorre o acolhimento pelos trabalhadores de um hospital público do

estado da Bahia aos familiares de pessoas hospitalizadas na UTI.

## METODOLOGIA

Estudo de natureza exploratória e descritiva, com abordagem qualitativa, desenvolvido em duas unidades de terapia intensiva, em um hospital público do estado da Bahia, o qual atende a população residente (606.139 habitantes), além da população de 127 municípios circunvizinhos. Unidade de saúde de grande porte (300 leitos), considerada referência no atendimento em urgências e emergências e ambulatório especializado que presta assistência de média e alta complexidade<sup>(7)</sup>. O estudo abrangeu as duas UTI (Adulto I e II) deste hospital.

Em todas as etapas do estudo, foram respeitadas as recomendações da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), parecer nº 550.947. Inicialmente, os participantes foram orientados quanto aos riscos e benefícios da pesquisa, objetivo do estudo e, ao concordarem, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os participantes deste estudo foram familiares de pessoas hospitalizadas nas UTI Adulto I e II, bem como trabalhadores da saúde dessas unidades. Os critérios de inclusão dos familiares foram: estar com o familiar internado há mais de 48 horas na UTI, ter idade igual ou superior a 18 anos, ser a pessoa mais próxima do ente internado e ter feito a visita à pessoa hospitalizada pelo menos uma vez durante a internação. Em relação aos trabalhadores, adotamos os seguintes critérios de inclusão: mais de seis meses de atuação na unidade e trabalhar em turno que tenha horário de visita. Quanto aos critérios de exclusão para os trabalhadores foram: estar de férias e estar de licença de qualquer natureza no período da coleta.

Para a coleta de dados, utilizamos entrevistas semiestruturada gravadas e transcritas na íntegra, as quais foram realizadas no período de janeiro a março de 2014. Com o intuito de preservar a privacidade dos sujeitos do estudo, foi usado um código de identificação, por numeração conforme ordem de realização das entrevistas. Para os familiares adotamos os seguintes

códigos: Familiar 1 (F1) e Familiar 2 (F2); e para os trabalhadores foram utilizados os códigos: Trabalhador 1 (T1) e Trabalhador 2 (T2). Participaram 15 entrevistados, sendo oito familiares e sete trabalhadores. O critério, saturação dos achados, foi utilizado para encerramento das entrevistas. Salientamos que a inclusão de trabalhadores de diferentes categorias foi intencional para atender ao objeto de estudo.

Buscando respeitar a privacidade dos participantes, para não sofrer consequência danosa na sua livre expressão de palavras, as entrevistas foram realizadas em ambiente privado (sala da psicologia), após horário de visita e com duração média de 30 minutos.

Para análise dos dados, adotamos como estratégia metodológica, a análise temática de conteúdo que consiste em buscar a interpretação do material qualitativo, dando ênfase às regularidades da fala, podendo oscilar entre o rigor da suposta objetividade dos números e a subjetividade<sup>(8)</sup>.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos oito familiares entrevistados sete eram do sexo feminino, com idade média de 26 a 33 anos, sendo três cônjuges, três filhos, uma mãe e uma cunhada. Dois possuíam ensino fundamental incompleto, três obtinham ensino médio completo e, três tinham nível superior completo ou em andamento. Quanto ao estado civil, cinco eram casados (as), dois solteiros (as) e um divorciado (a).

Quatro deles residiam na cidade onde se localiza o hospital e os demais em cidades circunvizinhas. Quanto à renda familiar mensal, seis participantes declararam receber menos de três salários mínimos; um tem renda de um salário mínimo mensal e outro que recebe até quatro salários mínimos.

Dentre os trabalhadores, participaram do estudo: enfermeiras, técnicas de enfermagem, fisioterapeuta, agente de limpeza e auxiliar administrativo. Predominaram as mulheres, com idade média entre 29 a 46 anos. O tempo de atuação na UTI variou entre dois a sete anos e a carga horária de trabalho semanal variou entre 30 e 40 horas, com jornada de 12 horas diárias entre os trabalhadores de nível médio e de 24 horas para os trabalhadores de nível superior. A

maioria dos trabalhadores possuía vínculo de trabalho sob regime estatutário, sendo que apenas uma (01) das entrevistadas relatou ter recebido capacitação em serviço sobre acolhimento.

As falas dos participantes foram agrupadas de acordo os núcleos de sentido que se desdobraram em duas categorias previamente definidas: concepções do acolhimento na UTI por familiares e trabalhadores; estratégias para promover o acolhimento aos familiares na UTI: facilidades, dificuldades e perspectivas.

### CONCEPÇÕES DO ACOLHIMENTO NA UTI POR FAMILIARES E TRABALHADORES

A hospitalização de um familiar em UTI ocorre, geralmente, de forma aguda e inadvertida, restando pouco tempo para o ajustamento familiar. Diante dessa situação estressante, os familiares podem se sentir desorganizados, desamparados e com dificuldades para se mobilizarem, por conta disso, emergem diferentes tipos de necessidades<sup>(9)</sup>. Nessa perspectiva, o acolhimento, enquanto tecnologia relacional, configura-se como um dispositivo fundamental, na medida em que proporciona escuta qualificada e resolutiva.

O acolhimento, na dimensão técnica, implica na construção de ferramentas que viabilize a escuta qualificada, identificando soluções adequadas para resolução do problema do cidadão que procura o serviço de saúde. Isto acarreta na reorganização do processo de trabalho, que deixaria de ser voltado para a queixa conduta, para trabalhar numa perspectiva ampliada com enfoque nos determinantes de saúde. Além disso, a incorporação da concepção de trabalho enquanto interação de saberes e práticas é incluída<sup>(10)</sup>.

Os depoimentos dos familiares revelam uma concepção de acolhimento voltada para a ajuda, ou seja, para um benefício recebido, uma dádiva:

Acolher é alguma ajuda, cuidado de um grupo ou pessoa para com o outro (F1).

Ajudar, esclarecer, ouvir, tirar dúvidas (F2).

Ser bem recebido, bem tratado (F4).

Foi possível perceber que as falas em torno dessa concepção concentraram-se nas pessoas com baixa escolaridade, as quais não percebem

que o atendimento com qualidade é um direito, expresso na Constituição Federal e que acolher deve ser uma postura ética da equipe de saúde. Nessa direção, o acolhimento se constitui um dispositivo, uma estratégia, uma postura diante do usuário, um arranjo tecnológico capaz de ampliar a acessibilidade aos serviços de saúde, reorganizar o processo de trabalho, de modo a garantir serviços humanizados, resolutos e de qualidade centrado nas necessidades da população com potencial para formar novas maneiras de produzir o cuidado<sup>(10,11,12)</sup>.

Alguns depoimentos, ainda que esporádicos, retratam uma abordagem mais ampliada sobre o acolhimento:

Cuidar (F5).

É ser bem atendido, bem tratado, ter acessibilidade ao serviço (F7).

É acompanhamento e atenção desde a chegada, a identificação do visitante e o cuidado com o paciente (F8).

A humanização surge em depoimentos dos trabalhadores como uma forma de deixar o ambiente acolhedor, menos sombrio e assustador para os familiares, os quais enfrentam um momento difícil e estão susceptíveis a sentimentos e experiências desagradáveis dentro da UTI, como foi possível perceber nas seguintes falas:

É tornar o ambiente o mais propício para tentar amenizar essa questão fria, deixar o ambiente menos rígido. Acho que acolher é muito próximo de humanizar o ambiente (T6).

Acolher é socialização entre a equipe, o paciente e familiar, digo no sentido de não ser distante e tornar o ambiente menos assustador (T7).

De acordo com esses depoimentos, observa-se que os trabalhadores embora ampliem a concepção de acolhimento, em detrimento da concepção elaborada pelos familiares, percebem a humanização de forma reducionista, ou seja, focada na organização do ambiente.

Apesar de a UTI ser vista como um “local de morte” e causar um grande impacto na estrutura familiar, a aproximação da equipe com a família que tem um ente hospitalizado possibilita a criação do vínculo e, conseqüentemente, qualifica o cuidado com base na humanização da assistência, sendo este um mecanismo importante percebido na fala dos entrevistados.

Entender o familiar, usar empatia e se colocar no lugar do outro (T1).

É um tratamento humanizado para o paciente, família e equipe para ter um bom vínculo (T4).

Trabalhadores entrevistados expressam que o acolhimento está relacionado à atitude profissional de apoio e de inclusão, suporte e informação, permitindo que a família expresse seus sentimentos sobre seu familiar internado, a fim de dar resolubilidade às necessidades demandadas pela família, conforme apresentado nos depoimentos abaixo:

Atender bem o paciente, analisar a entrada e chegada, observar necessidades do paciente e dar resolubilidade (T2).

É um tratamento humanizado para o paciente, família e equipe, para ter um bom vínculo (T4).

É ser bem atendido, ter acessibilidade ao serviço (T7).

Em se tratando de uma perspectiva humanizada de atenção à saúde, alguns depoimentos apontam que acolher é atender a todos que adentram/procuram os serviços de saúde, escutando e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e compactuar, dando respostas mais adequadas às necessidades das pessoas hospitalizadas e de seus familiares, sendo estes considerados os indivíduos que necessitam de cuidados em saúde no cenário hospitalar.

A PNH proposta pelo Ministério da Saúde, em 2003, se constitui numa política transversal e inclusiva com vistas ao fortalecimento do SUS. A política está estruturada por princípios da indissociabilidade, entre o modelo de gestão e de atenção, autonomia e protagonismo dos sujeitos (gestor, trabalhador e usuário). Além, da transversalidade que disponibiliza “dispositivos e o método da tríplice inclusão (os sujeitos, seus coletivos e os conflitos decorrentes dessa aproximação) para promover mudanças nos processos de trabalho<sup>(5)</sup>”.

#### ESTRATÉGIAS PARA PROMOVER O ACOLHIMENTO AOS FAMILIARES NA UTI: FACILIDADES, DIFICULDADES E PERSPECTIVAS

No processo de internação na UTI, mecanismos que promovem o acolhimento aos familiares são importantes para a inclusão destes no cuidado à pessoa hospitalizada. Geralmente, a

assistência da equipe de saúde tem como foco o atendimento às necessidades da pessoa hospitalizada<sup>(11)</sup>. Vale ressaltar que embora a pessoa hospitalizada sofra com a doença e com a hospitalização, a família também vivencia a angústia, o medo, a insegurança e o sofrimento.

Ações que visem esclarecer, orientar, bem como amenizar o sofrimento da família são imprescindíveis durante a hospitalização na UTI. Foi possível perceber as ações realizadas pelos trabalhadores, visando o acolhimento dos familiares nas falas que seguem:

Existe um serviço de psicologia, não sei como acontece, mas eles acolhem (T1).

Atividade do fisioterapeuta na sala de espera, em dias de quinta-feira, com alongamentos, exercícios e orientações aos familiares para saber como agir junto ao leito, encerrando com momentos de oração (T3).

Passagem de boletim médico como forma de direcionar e passar o quadro para a família, que tem direito a duas visitas diárias (manhã e tarde) (T5).

Eu realizo ações para tentar manter, ajudar me aproximar do familiar. Na desospitalização ajudo a preparar o familiar a cuidar do paciente diante da sua nova condição (T6).

Nota-se, com base nas falas, que, embora aconteçam ações voltadas para o acolhimento entre os diversos profissionais de saúde, essas acontecem de forma isolada, fragmentada<sup>(12)</sup>.

Observamos que alguns trabalhadores visualizam o acolhimento enquanto um momento restrito e específico de determinados membros da equipe multiprofissional, dando a impressão de certo distanciamento e que as ações de acolhimento não são de sua competência, conforme revela a fala abaixo:

Quem faz isso diretamente é o serviço social (T7).

Entendemos que o acolhimento deve fazer parte da conduta do profissional de saúde, uma vez que pode acontecer em todo lugar em que ocorre um encontro entre um trabalhador e um usuário, operado por processos tecnológicos que visam a produção de relações de escutas e responsabilizações; que se articulem com a constituição dos vínculos e dos compromissos em projetos de intervenções; que objetivem atuar sobre necessidades em busca da produção de “algo” que possa representar a “conquista de

controle do sofrimento (enquanto doença) e/ou a produção da saúde”<sup>(12)</sup>.

Para o estabelecimento do vínculo, identificamos que a equipe realiza algumas estratégias na UTI, visando promover o acolhimento dos familiares de pessoas internadas, seja por meio de uma atitude profissional de assistência direta à família ou pelas rotinas estabelecidas no serviço como: admissão, passagem do boletim médico e flexibilidade no horário das visitas.

A equipe atende super bem, a UTI nunca fica só, o atendimento é super especial ao paciente (T2).

Eu acho bom, existe atitude de resolutividade e flexibilização por parte da equipe (T3).

Flexibilização do horário e tempo de visita. Respeitar e entender o sofrimento do familiar (T4).

Vejo de forma satisfatória. Procuramos não fazer procedimento no horário da visita, deixando aquele momento somente para o paciente e familiar, pois só são 30 minutos, interferimos apenas se necessário. Como técnica de enfermagem posso visualizar sinais de depressão, por exemplo, e sinalizar à enfermeira (T7).

As ações de acolhimento fazem parte do processo de trabalho e são essenciais para a construção de um vínculo entre o profissional de saúde e pessoas hospitalizadas/família<sup>(12)</sup>. O vínculo pode ser caracterizado como uma relação de cumplicidade entre usuários e profissionais, concretizando-se no âmbito do acolhimento e sendo ponto de partida para a construção de confiança entre os envolvidos, conforme evidenciado na fala que se segue:

A gente que está na beira do leito tenta sempre levantar as esperanças, e acabamos criando vínculo com eles. Dentro da UTI temos mais contato, e acabamos criando vínculo com familiares de pacientes mais antigos, nos deixando mais à vontade para acolher (T1).

Para haver vínculo, é indispensável que haja empatia e respeito. Os elementos que denotam a formação do vínculo baseiam-se no reconhecimento mútuo entre serviço e comunidade, pois não se estabelece vínculo sem a condição de sujeito, sem a livre expressão do usuário, por meio da fala, julgamento e desejo<sup>(11)</sup>.

Os familiares declararam que a comunicação com os trabalhadores acontece

de forma pontual, o que dificulta o acolhimento. Importante destacar que a dificuldade de comunicação registrada nas falas centra-se na figura do profissional médico. Observa-se, nos discursos, uma cumplicidade dos familiares em torno desse profissional, pois ao mesmo tempo que sentem falta dessa comunicação revelam que o fato do profissional aparecer em qualquer outro momento para atender o seu ente hospitalizado, supera essa falta de diálogo.

Cuidam bastante dele, não tenho o que criticar, a equipe está presente, prestando atenção e fazendo exames [...] um dia um médico pegou na barriga dele, só falou que tinha piorado e saiu, não me deu atenção, não me explicou nada (F5).

Quando chegamos na UTI eu percebo que há assim um cuidado muito grande também em manter a saúde do paciente que nós estamos visitando [...] eu sinto uma falta de mais informações [...] falta de notícias [...] muitas vezes nós procuramos também um neurologista, quando nós vínhamos fazer a visita, o boletim sempre era lido por um médico [...] passar com mais clareza para a família, aí nisso aí eu senti muita falta. Fica algumas dúvidas, nós sempre fazemos perguntas ao médico e ele sempre argumenta: “não, vocês devem fazer essas perguntas para o neurologista”. Porém, quando nós o encontramos somos muito bem acolhidas, tiramos todas as nossas dúvidas (F8).

Atitudes como o diálogo, a escuta, a presença, a corresponsabilidade, o comprometimento, a valorização do outro, assim como o compartilhar experiências são considerados elementos básicos para efetivar o acolhimento. Estes são, no entanto, ainda pouco presentes no cotidiano de trabalho dos profissionais nos vários serviços de saúde, em especial na UTI.

Percebemos convergência nas falas quanto à necessidade de mais esclarecimento, mais informação. A comunicação é uma ferramenta que possibilitaria mais confiança dos familiares nos cuidados prestados pelos profissionais, trazendo mais tranquilidade e, assim, amenizando o sofrimento do familiar.

Gostaria de ter mais informações para acompanhar tudo o que aconteceu durante o dia, principalmente nos primeiros dias. Dar uma acolhida para passar com mais clareza para a família. A equipe deveria estar integrada para

passar informações precisas sobre o quadro do paciente, uma comunicação mais efetiva entre a equipe da UTI e especialistas (F8).

Gostaria de mais atenção dos profissionais, eles falam o mínimo e não explicam totalmente a situação em que o paciente está pois pensam que outro profissional já explicou (F5).

Como não temos nada protocolado e direcionado, cada um faz de sua forma [...] se tivesse um protocolo seria mais fácil direcionar o atendimento. A equipe é bem acessível à nova rotina (T5).

Tentamos ser o mais humano possível, quando temos reunião sempre discutimos sobre humanização, acolhimento e boa convivência da equipe, pois uma equipe desunida afeta o atendimento ao cliente (T4).

Diante da dificuldade vivenciada pelos profissionais em relação a acolher, surge como perspectiva a necessidade de elaborar e implantar um protocolo de acolhimento para facilitar e direcionar as ações dentro da UTI, concorrendo para uma melhor integração da equipe e formação de maior vínculo entre a equipe multiprofissional/pessoa hospitalizada/família.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O acolhimento diz respeito à capacidade do serviço de operar, por meio de um agir profissional que promova possibilidades de acesso aos familiares na UTI numa atitude de inclusão e escuta, permitindo modificações no cotidiano do serviço em torno de relações de proximidade entre trabalhadores e membros da família. Neste aspecto, o significado de acolhimento pode ser considerado como atributo de uma prática profissional que deve ser desenvolvida no processo de trabalho da equipe multiprofissional da UTI.

Neste contexto, de acordo com os conceitos abordados sobre o acolhimento, deve-se estabelecer vínculo, respeitando as diferenças entre o trinômio família / pessoa-hospitalizada / trabalhador, constituindo-se, dessa forma, em uma ferramenta essencial que deve ser utilizada pelos profissionais da saúde.

A comunicação é uma dificuldade encontrada pelos trabalhadores devido à alta demanda e rotina do serviço, pela percepção de que a visita é um momento apenas da

família e pelo afastamento dos próprios familiares. Assim, identificar as necessidades dos familiares de pacientes internados em UTI pode contribuir com a humanização do atendimento nesse ambiente, tornando-o mais acolhedor e menos impessoal, principalmente no que se refere ao acolhimento.

A necessidade de acolhimento, suporte, informação e diálogo decorrem do sofrimento e da ameaça real à vida que a hospitalização de uma pessoa na UTI representa para seus familiares. Essa situação requer profissionais que adotem uma escuta qualificada que seja capaz de

identificar as necessidades dos familiares e que se desdobrem em ações efetivas.

A pesquisa demonstrou que o acolhimento aos familiares não se constitui uma diretriz institucional, sendo esse realizado de forma pontual por alguns trabalhadores da saúde. O estudo permitiu analisarmos que é possível implantar o acolhimento para os familiares que acompanham pessoas internadas numa unidade de terapia intensiva, porém consideramos que é preciso que esse não seja visto somente como uma postura ética dos trabalhadores da saúde, mas sobretudo, como uma diretriz organizacional.

---

## HOSTING AIMED TO RELATIVES OF PEOPLE HOSPITALIZED IN PUBLIC INTENSIVE CARE UNITS OF BAHIA

### ABSTRACT

This is a qualitative study that aims to analyze how the hosting of relatives of people hospitalized in the Intensive Care Unit (ICU) is carried out by the workers of a public hospital of the state of Bahia. Fifteen subjects (seven workers and eight family members) participated in the study. For data collection, we used a semi-structured interview and collection was carried out from January to March 2014. The findings were submitted to thematic content analysis, and were organized into two categories: "hosting conceptions in the ICU by family members and workers" and "Strategies to promote the hosting to family members in the ICU: facilities, problems and prospects". This study has demonstrated that the actions aimed at welcoming the relatives of people hospitalized in ICUs are punctual and, when performed, take place according to the design and the availability of each employee. It is considered that hosting should not be seen only as an ethical position of workers, but mainly as an organizational guideline, in which care quality is a priority.

**Keywords:** Welcoming. Professional-family relationship. Intensive Care.

---

## ACOGIMIENTO A LOS FAMILIARES DE PERSONAS HOSPITALIZADAS EN UNIDADES PÚBLICAS DE CUIDADOS INTENSIVOS DE BAHIA

### RESUMEN

Estudio cualitativo que tuvo el objetivo de analizar cómo ocurre el acogimiento por los trabajadores de un hospital público del estado de Bahia-Brasil a los familiares de personas hospitalizadas en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Participaron de este estudio siete trabajadores y ocho familiares, totalizando quince participantes. Para la recopilación de los datos, se utilizó la entrevista semiestructurada, siendo la recolección realizada en el período de enero a marzo de 2014. Los hallazgos fueron sometidos al análisis temático de contenido y organizados en categorías: Concepciones del acogimiento en la UCI por familiares y trabajadores; Estrategias para promover el acogimiento a los familiares en la UCI: facilidades, dificultades y perspectivas. Este estudio demostró que las acciones hechas por los trabajadores, dirigidas para el acogimiento a los familiares de personas hospitalizadas en UCI, son puntuales y cuando realizadas, ocurren de acuerdo a la concepción y a la disponibilidad de cada trabajador. Consideramos que es necesario que el acogimiento no sea visto solamente como una postura ética de los trabajadores, sino, principalmente, como una directriz organizacional, en la que se haga primordial la calidad de la atención.

**Palabras clave:** Acogimiento. Relaciones profesional-familia. Cuidados intensivos.

---

## REFERÊNCIAS

1. Camponogara S, Santos TM, Rodrigues IL, Frota L, Amaro D, Turra M. Percepções e necessidades de familiares de pacientes internados em unidade de terapia intensiva. *J res: fundam care online*. 2013 jul/set; 5(4):622-34.
2. Proença MO, Agnolo CMD. Hospitalização em unidade de terapia intensiva: percepção de pacientes. *Rev Gaúch Enferm*. 2011 jun; 32(2):279-86.

3. Dias MO. Um olhar sobre a família na perspectiva sistêmica o processo de comunicação no sistema familiar. *Gestão e Desenvolvimento*. 2011; 9:139-156.
4. Diener AK. Visão da equipe sobre a inclusão da família no tratamento em ambiente hospitalar. In: Congresso de Humanização. *Anais*. [online]. Curitiba: Aliança saúde; 2011. Disponível em: [http://www.pucpr.br/saude/alianca/congressodehumanizacao/files/comunicacao/11\\_2.pdf](http://www.pucpr.br/saude/alianca/congressodehumanizacao/files/comunicacao/11_2.pdf). Acesso em: 20 mar 2014.

5. Mori ME, Oliveira OVM. Apoio institucional e cogestão: a experiência da Política Nacional de Humanização no Sistema Único de Saúde (SUS) no Distrito Federal (DF), Brasil. *Interface*. 2014 maio; 16:09-174.
6. Frizon G, Nascimento ERP, Bertencello KCG. Necessidades dos familiares na sala de espera de uma unidade de terapia intensiva. *Cogitare enferm*. 2012. out/dez; 17(4):683-9.
7. Ministério do Planejamento. Orçamento e gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Contagem Populacional. Brasil. [online]. Disponível em: <http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/popul/default.asp?t=3&z=t&o=22&u1=1&u2=1&u4=1 &u5=1&u6=1&u3=34%3E>. Acesso em: 10 jan 2013.
8. Minayo, MCS . Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciênc Saúde Colet*. 2012; 17(3):621-626.
9. Moraes MA, Hori LM, Freitas KS, Mussi FC . Conforto de familiares de pessoas em unidade de terapia intensiva frente ao acolhimento. *Rev Esc Enfer USP*. 2013; 47:1114-1121.
10. Oliveira TA, Pinto KA. Acolhimento com classificação de risco e acesso em serviço de emergência: avaliação de usuários. *Cienc Cuid Saude*. 2015. abr/jun; 14(2):1122-1129.
11. Mazzarro M. Necessidades de familiares de pacientes internados em unidade de terapia intensiva, uma revisão narrativa. (Tese). Ijuí (RS); 2012.
12. Garuzi M, Achitti MCO, Sato CA, Rocha SA, Spagnuolo RS. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. *Rev Panam Salud. Públ*. 2014; 35(2):144-9.

---

**Endereço para correspondência:** Aline Silva Gomes Xavier. Rua Oscar de Freitas, 200, CS 4C, Santa Mônica II, CEP 44082-070, Feira de Santana, Bahia, Brasil.

**Data de recebimento:** 07/09/2015

**Data de aprovação:** 14/03/2016