

# PERCEPÇÃO DE FAMILIARES DE PACIENTES INTERNADOS EM UM HOSPITAL GERAL SOBRE AS CARACTERÍSTICAS DO ACOLHIMENTO PRESTADO PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM<sup>1</sup>

Bárbara Steingreber<sup>2</sup>

**RESUMO:** O hospital constituiu-se como um local destinado a práticas de cura de doenças biológicas, sendo assim, as dimensões psicológicas e sociais daqueles que eram alvo do cuidado dos profissionais de saúde eram negligenciadas. O SUS foi pensando e implementado visando a integralidade do cuidado, e a fim de consolidar o atendimento sob esta ótica, criou-se a Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) ampliado para a Política Nacional de Humanização (PNH). A diretriz operacional do acolhimento da PNH pressupõe que os profissionais de saúde promovam a responsabilização, estabelecimento de vínculo e escuta qualificada dos usuários e seus familiares, para prestar atendimento resoluto e eficaz. Desta forma, esta pesquisa buscou identificar a percepção de familiares de pacientes internados em um hospital geral, sobre as características do acolhimento prestado pela equipe de enfermagem, a fim de averiguar se este cuidado tem sido extensivo a rede social da pessoa hospitalizada. Em relação aos procedimentos metodológicos, a presente pesquisa caracteriza-se como descritiva, de natureza qualitativa e de corte transversal. Como instrumento, foi realizada entrevista semi-estruturada a cinco familiares acompanhantes de pessoas internadas em um Hospital Geral. Para a análise dos dados utilizou-se a análise de conteúdo. Os resultados obtidos indicam que os participantes percebem o acolhimento prestado pela equipe de enfermagem de forma fragmentada e extensivo aos familiares acompanhantes, percebeu-se o desconhecimento das atribuições profissionais da equipe de enfermagem, bem como o desconhecimento da PNH, atribuindo ao atendimento humanizado e acolhedor um viés assistencialista. Os familiares participantes consideram-se importantes para o reestabelecimento da saúde de seu familiar hospitalizado, bem como o estabelecimento de vínculo com a equipe de enfermagem

---

<sup>1</sup> Artigo apresentado como trabalho de conclusão de curso de Psicologia da Universidade do Sul de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Psicologia. Orientadora: Juliane Vieceli, Doutora em Psicologia- UFSC.

<sup>2</sup> Acadêmica da 10ª fase do curso de Psicologia da Universidade do Sul de Santa Catarina. barbara.steingreber@hotmail.com

para o bem estar do familiar acompanhante, familiar hospitalizado e equipe de enfermagem.

**Palavras-chave:** Percepção. Familiares. Acolhimento. Hospital

## 1. INTRODUÇÃO

O entendimento das mudanças do conceito de saúde é necessário para que se possa ter compreensão da implementação de políticas que norteiam o cuidado em saúde no Brasil. Durante o feudalismo, a saúde era considerada como benção de Deus e então por meio deste as doenças se justificavam, na Idade Moderna com o advento do mercantilismo, era necessário que as massas não adoecessem, pois constituíam a mão de obra que movia a economia (KUWAJA, 2003). Neste momento histórico, o conceito de saúde era apenas evitar epidemias, para que a população auxiliasse na força de trabalho, neste sentido, a saúde era pensada como apenas ausência de doenças (KUWAJA, 2003).

Após a Primeira Guerra Mundial a saúde recebe um grande investimento tecnológico, em equipamentos, produtos farmacêuticos e construção de hospitais, ocorria uma revolução industrial na saúde. Neste período o capitalismo industrial mercantilizou a saúde, pois primava-se pela produtividade e não pela qualidade no atendimento prestado, desta forma, trazendo a lógica capitalista para o campo da saúde (KUJAWA, 2003). Apesar disso, o conceito de saúde neste período neoclássico voltou-se para a saúde como qualidade de vida, caminhando em direção à saúde como direito fundamental, o que culminou na conceitualização da Organização Mundial da Saúde (OMS) de saúde como o completo bem-estar biopsicossocial (KUJAWA, 2003).

Entretanto, no século XVIII, a realidade dos espaços de saúde funcionava sob a ótica de ausência de doenças. Deste modo, os profissionais de saúde objetivavam apenas a remissão dos sintomas apresentados pela pessoa atendida. O exercício da medicina dentro das instituições hospitalares, de acordo com Foucault (1989), tinha como foco os indivíduos hospitalizados como forma de ampliação do conhecimento das doenças, sem levar em conta as outras dimensões das pessoas atendidas. Sendo assim, o hospital foi se constituindo com o passar dos séculos em um local reservado apenas para a cura de doenças de ordem biológica. Deslandes (2004) refere que o hospital desde a sua origem se constituiu como um espaço que impõe ao indivíduo doente a anulação de sua identidade por meio da atuação tecnicista dos profissionais de saúde, que ao buscarem

apenas a cura das doenças, violam a identidade dos usuários acarretando sofrimentos psicológicos e emocionais nas pessoas adoecidas.

O surgimento da enfermagem no Brasil vai ao encontro do surgimento dos hospitais e das práticas iniciais do exercício da Medicina. Sendo assim, a Enfermagem constituiu-se também sob a ótica hospitalocêntrica, por meio dos atendimentos individualizados, focados na técnica (ITO *et al* 2006). Como a enfermagem brasileira tem sua origem vinculada ao modelo hospitalar, não objetivava a prestação de um serviço coletivo por parte da equipe de enfermagem (ITO *et al* 2006). Hoje, os membros da equipe de enfermagem são diferenciados por meio do nível de suas formações, as ações em saúde prestadas pela equipe de enfermagem também varia de acordo com a formação de cada profissional, os membros da equipe de enfermagem são: enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem (SENA-CHOMPRÉ e EGRY, 1998).

Com a criação da Organização das Nações Unidas (ONU) e Organização Mundial da Saúde (OMS), a saúde antes vista sob perspectiva exterior ao sujeito, passa a considerá-lo como central, visando o seu bem-estar (KUJAWA, 2003). Desta forma, a saúde passou a ser vista de forma inversa à ausência de doença, e começou a ser considerada como qualidade de vida. De acordo com Segre e Ferraz (1997 p.539) “a Organização Mundial de Saúde (OMS) define *saúde* não apenas como a ausência de doença, mas como a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social”. Embora esta definição seja utópica, contribuiu para a ampliação do conceito de saúde para além dos aspectos orgânicos. Sendo assim, pensar na saúde do sujeito após esta ampliação no conceito infere um olhar voltado para um ser biopsicossocial, muito além das concepções iniciais de saúde.

Visando a ampliação do conceito de saúde como direito e dever do Estado, no ano de 1986, no Brasil ocorreu a VIII Conferência Nacional de Saúde. A ampliação do conceito de saúde foi produzida pela Comissão Nacional de Reforma Sanitária que serviu de base para a seção de saúde da Constituição Federal de 1988 que culminou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da lei orgânica 8080/90, em 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 2007).

Para Ito *et al* (2006) as mudanças referentes à saúde pública brasileira impulsionadas pelo SUS promoveram discussões no processo de aprendizagem dos profissionais de saúde, pois as políticas propostas pelo SUS pressupõem a prestação de serviço inverso ao modelo biologicista. Essas mudanças contemplaram a criação de um

novo currículo, com disciplinas referentes à consciência crítica sobre as práticas da enfermagem e ao compromisso social (ITO *et al* 2006).

Os princípios que dão sustentação ao SUS, conforme Campos *et al* (2007) são a universalidade, a integralidade e a equidade. De acordo com os autores, o princípio da universalidade diz respeito ao acesso dos usuários aos serviços de saúde, este acesso é universal e garantido por lei, universal, pois é ofertada a toda a população sem distinção e discriminação no acesso. O princípio da integralidade é voltado à prestação do cuidado de maneira integral, considerando todas as dimensões que envolvem o usuário e seu meio social, desta forma, se refere ao cuidado biopsicossocial que objetiva assistência não fragmentada, com atenção voltada a todas as necessidades do usuário. A equidade diz respeito à prioridade no atendimento oferecido, buscando priorizar o acesso aos grupos considerados com maior risco e vulnerabilidade (CAMPOS *et al* 2007).

Sendo assim, o SUS e os princípios que o regem objetivam a promoção, prevenção e recuperação da saúde dos cidadãos brasileiros, garantindo seus direitos por meio de ações que promovam também a melhoria na qualidade dos atendimentos prestados por parte dos profissionais de saúde. Apesar da ampliação do conceito de saúde e a criação do SUS e os princípios que o regem, a formação dos profissionais em saúde não contemplava em suas grades curriculares um olhar ampliado sobre as pessoas atendidas. As grades curriculares do curso de Graduação em Enfermagem seguiam o modelo tecnicista, voltadas somente para o atendimento individual hospitalar de doença e cura (ITO *et al* 2006). Desta forma, a formação dos profissionais tinha como foco somente o aspecto biológico, o que por consequência trás uma prestação do cuidado focada somente na técnica por parte destes profissionais de saúde.

Compreendendo a cultura construída ao longo dos séculos nos hospitais e com objetivo de mudanças no modo de atendimento prestado por parte dos profissionais de saúde, o Ministério da Saúde criou, no ano de 2001, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) objetivando qualificar a assistência prestada pelos profissionais de saúde aos usuários de hospitais no Brasil (BRASIL, 2001). O programa objetiva a mudança de cultura no atendimento à saúde, buscando atendimento humanizado e visando melhorias nas relações entre usuários e equipes de saúde no atendimento hospitalar da rede SUS.

De acordo com Brasil (2001), estas mudanças de cultura referem-se uma nova forma de cuidado e assistência prestada aos usuários, devendo o profissional de saúde

pautar sua atuação à prestação de um serviço humanizado, visando o bem-estar da pessoa atendida durante o reestabelecimento de sua saúde. A PNHAH objetiva, por meio da capacitação dos profissionais de saúde, a mudança do foco destes profissionais para o resgate da subjetividade do usuário. O foco do profissional de saúde deve estar voltado para além dos aspectos físicos e biológicos, e o profissional deve atentar-se para o usuário de forma que este se sinta amparado e acolhido em suas particularidades (BRASIL, 2001). Para a realização de um atendimento humanizado é necessário que o profissional de saúde também volte suas práticas ao meio social do usuário (BRASIL, 2001). De acordo com o autor, a efetivação destas práticas tem por objetivo a transformação da anterior cultura do ambiente hospitalar em um local solidário e dinâmico.

Segundo Pereira e Ferreira-Neto (2014) a fim de consolidar e ampliar a humanização para as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Policlínicas, e não somente focado na alta complexidade como o hospital, em 2004, foram sistematizadas as ideias do Humaniza SUS, dando origem à Política Nacional de Humanização (PNH). Segundo Junges *et al* (2012) a PNH entende o ser humano como um ser da linguagem, sendo assim, um ser relacional. Segundo os autores, esta política originou-se para fortalecer em ambientes de saúde aquilo que é particular do ser humano, ser visto e compreendido como um ser relacional, orientando os profissionais de saúde para lidarem com dimensões subjetivas e sociais no processo de saúde. Neste sentido, é importante que os profissionais de saúde se atentem de que as pessoas hospitalizadas precisam de sua rede de apoio para o enfrentamento da doença e ao olharem para a pessoa adoecida como ser social efetivem a humanização do cuidado integral ao sujeito.

De acordo com Brasil (2004), a PNH vem para romper o modelo de assistência em saúde tecnicista, por meio do atendimento humanizado, objetivando também a troca de saberes para a promoção e prevenção da saúde. A troca de saberes inclui os saberes dos usuários e seus familiares, tornando estes partícipes do processo de saúde, e assim, garantindo seus direitos e cidadania dentro das instituições de saúde (BRASIL, 2004). Tendo em vista que os familiares podem contribuir para a promoção de saúde faz-se necessário que o profissional de saúde permita esta contribuição. Esta pode ser realizada de acordo Valadares e Paiva (2010), por meio da intercepção dos profissionais de saúde e o usuário adoecido, sendo que a presença dos familiares pode acarretar na melhoria do quadro de saúde de seu familiar internado.

Uma das ferramentas da humanização é a diretriz operacional do acolhimento. O acolhimento tem sua origem na relação profissional-usuário dentro da instituição de saúde, buscando garantir a humanização do atendimento, trata-se de uma prática promotora de saúde por parte dos profissionais. (FRANCO, BUENO E MERHY, 1999). De acordo com Brasil (2006), o acolhimento é a diretriz operacional de maior relevância da PNH, e pressupõe postura ética de trabalho e diz respeito a diferentes ações que o profissional de saúde deve ter, tais como: a responsabilização pelo usuário, estabelecimento de vínculo, para que se possa por consequência obter a diminuição do sofrimento decorrentes do adoecimento, intervenções em saúde a fim de dar resolubilidade às queixas apresentadas e uma escuta qualificada do usuário e seus familiares.

De acordo com Franco (2012), escuta qualificada refere-se à disposição do profissional de saúde ao se colocar disponível para atender as queixas apresentadas pelos sujeitos, ouvir com atenção e dedicar tempo ao que o sujeito está trazendo, é também se colocar no lugar do sujeito que está em sofrimento devido a problemas de saúde, para então efetivamente auxiliá-lo, orientá-lo ou fazer encaminhamentos. Já o estabelecimento de vínculo ocorre na relação profissional-usuário quando o profissional mostra-se disponível e atento, agindo de forma empática, dando respostas positivas, ou seja, encaminhamento ou resolução parcial do problema apresentado, objetivando assim um atendimento resoluto (FRANCO, 2012). A resolubilidade das queixas refere-se a buscar alternativas que atendam a problemática de saúde trazida pelo usuário (FRANCO, BUENO e MERHY, 1999). Sendo assim, o profissional de saúde deve estar atento ao usuário e seu meio social, buscando auxiliá-los nas demandas que estes apresentarem.

Desta forma é necessário o acolhimento por parte do profissional de saúde aos familiares, tendo em vista que os familiares também estão enfrentando junto com a pessoa hospitalizada o processo de adoecer. O acolhimento deve permear a relação entre profissional e usuário no cuidado à saúde. Esta relação envolve, segundo Franco e Merhy (2012), tecnologias de cuidado, que podem ser divididas em tecnologia leve, levedura e dura. De acordo com os autores, a tecnologia leve refere-se ao estabelecimento da dimensão afetiva entre usuário e profissional, a tecnologia levedura diz respeito ao conhecimento técnico e científico do profissional de saúde juntamente com o olhar do mesmo as particularidades do usuário. E a tecnologia dura se refere a exames, prescrições e equipamentos utilizados por estes profissionais (FRANCO e

MERHY, 2012). O acolhimento está na tecnologia leve, pois no momento relacional do profissional com o usuário, se o olhar deste profissional, estiver voltado para um sujeito biopsicossocial, e não somente na técnica ou nos aparatos do cuidado em saúde, este profissional poderá estar agindo de forma acolhedora.

Neste sentido, considerando o usuário do serviço de saúde como muito além do ser biológico, percebe-se a importância da família no reestabelecimento da saúde. Mufato *et al* (2013) ressaltaram a importância do olhar da equipe de enfermagem sobre as contribuições da família no processo do reestabelecimento da saúde do familiar internado. Segundo os autores, as contribuições do familiar como uma rede de apoio são muitas, e abrangem o afeto e o cuidado no processo de saúde prestado pelas famílias para a melhoria do doente. Os familiares podem ser um elo entre a pessoa hospitalizada e a equipe de saúde, auxiliando os profissionais de saúde no tratamento do familiar hospitalizado, tendo em vista que isto possibilita efetivar os objetivos de trabalho destes profissionais, que diz respeito à reestabelecer a saúde da pessoa que está internada.

Elsen *et al* (1994) ressalta a importância do profissional da enfermagem em ambiente hospitalar focar sua atenção também aos familiares do doente, pois a família pode contribuir na melhoria do quadro de saúde do paciente e, desta forma precisa ser ouvida pelos profissionais de saúde. Nesse contexto, os profissionais da enfermagem necessitam estimular a participação dos familiares no processo de cura do sujeito adoecido a fim de que o paciente receba melhores condições de cuidado. A hospitalização de um membro da família gera sofrimento aos demais familiares fazendo com que estes sujeitos se sintam desamparados dentro da instituição hospitalar. Angerami *et al* (1998) afirmam que ocorrem reações psicossomáticas aos familiares de pessoas hospitalizadas podendo ocorrer também fantasias, medos e sensações de impotência frente a enfermidade deste sujeito. De acordo com os autores, este sentimento pode ser atenuado por meio da interação da equipe de saúde com o familiar do doente. Quando o cuidado em saúde está além dos aspectos biológicos faz com que a cidadania e autonomia do doente e família não sejam perdidas, o que requer que o profissional de saúde permita a participação do familiar no processo de saúde do doente, e estabeleça diálogo com os familiares a fim de diminuição da ansiedade, prevenção do adoecimento e promoção de bem-estar destes sujeitos (CAMPOS, 1995).

A família é elementar na formação dos sujeitos e apoio em momentos críticos o acolhimento precisa, a fim de o completo bem estar biopsicossocial, ser extensivo aos familiares, que vivenciam a hospitalização e o adoecimento. O risco de morte de um de

seus membros pode ser um fator estressante que contribua para o adoecimento do familiar. Portanto, estar em um ambiente humanizado, onde as angústias recebem a devida atenção pode atenuar o sofrimento do familiar e da pessoa hospitalizada. O profissional de saúde deve estabelecer diálogo com os familiares a fim de diminuição da ansiedade, prevenção do adoecimento e promoção de bem-estar destes familiares que estão acompanhando e vivenciando a hospitalização (CAMPOS, 1995).

O acolhimento ao usuário e ao familiar se mostra como importante para efetivação de um novo caminho para a saúde brasileira, e também o fortalecimento do SUS e ao cuidado efetivo ao usuário do serviço, garantindo seu bem-estar em qualquer dispositivo de saúde. Nesse contexto, identificar a percepção de familiares de pacientes internados em um hospital geral sobre as características do acolhimento prestado pela equipe de enfermagem parece ser o início para promover ações que vão ao encontro da PNH e da função expressa nessa política. Sendo assim, é fundamental estudar a forma de cuidado que permeia as relações entre pacientes, familiares e equipe de enfermagem no ambiente hospitalar a fim de dar maior visibilidade a esta prática. Neste sentido, levanta-se a seguinte pergunta: **Qual a percepção de familiares de pacientes internados em um hospital geral sobre as características do acolhimento prestado pela equipe de enfermagem?**

Em pesquisa realizada referente ao acolhimento à familiares nos espaços de saúde, e para compreender como tem sido desenvolvida esta prática, bem como, para verificar o que tem sido pesquisado sobre o assunto, foram encontradas pesquisas, em sua maioria, realizadas por profissionais da Enfermagem, bem como pesquisas realizadas por profissionais de outras áreas da saúde, como fonoaudiologia, odontologia, ciências médicas, residência multiprofissional e saúde pública. Nenhuma pesquisa encontrada foi elaborada por psicólogos.

O acolhimento, para ser efetivo necessita da compreensão e atenção dos trabalhadores do serviço de saúde, seja na dimensão da gestão (SILVA, PONTES e SILVEIRA, 2012) ou na territorialidade, por meio dos agentes de saúde (SAES, RAYS e GATTI, 2011). Entretanto, alguns estudos destacaram que o acolhimento oferecido aos usuários tem o foco clínico, centrado na queixa, com intervenções pontuais, e fundamentadas em ações curativas o que limita a prática e dificulta o vínculo entre os usuários e os profissionais da saúde (FRACOLLI e ZOBOLI, 2004; PINAFO, LIMA e BADUY, 2008).



Além do foco em ações curativas, alguns estudos demonstram que o acolhimento tem sido restrito ao momento de chegada do paciente tornando-se um procedimento padronizado, descontextualizado da sua proposta (TAKEMOTO e SILVA, 2007; RIBEIRO, ROCHA e RAMOS-JORGE, 2012; LISBÔA, BRÊDA e ALBUQUERQUE, 2014). Outros autores referem que o acolhimento tem sido restrito à ações de triagem (BARALDI e SOUTO, 2010; PINHEIRO e OLIVEIRA, 2010), e encaminhamento (SUCIGAN, TOLEDO e GARCIA, 2012). Oliveira *et al* (2008) destacam que para o acolhimento ser efetivo aos usuários, é necessário que haja uma comunicação sensível e humanizada por parte dos os profissionais da saúde, e que os profissionais necessitam se vincular aos usuários para que possam prestar um atendimento de qualidade.

No ambiente hospitalar o acolhimento ao paciente e a família é fundamental, pois no ambiente hospitalar surgem angústias diante da situação de adoecimento (SCHNEIDER, 2008). De acordo com Moreira (2011) ações como a criação de grupo na sala de espera de UTIs pode diminuir a ansiedade dos familiares, fortalecê-los para enfrentar o sofrimento e a dor decorrente da internação do familiar, bem como orientá-los quanto a dúvidas referentes ao quadro de saúde de seu familiar hospitalizado. Os grupos de sala de espera em UTIs colaboram com a melhoria da relação familiar-enfermagem, pois por meio dos grupos com os familiares de pessoas hospitalizadas, o atendimento prestado pela equipe de enfermagem torna-se mais acolhedor e humanizado, fazendo com que os familiares sejam ouvidos e que estes também possam contribuir na recuperação da pessoa adoecida (MOREIRA, 2011).

Em pesquisa realizada com a equipe de enfermagem de uma UTI de Santa Catarina, acerca do acolhimento prestado à familiares de pessoas hospitalizadas, levantou-se que dentre as principais dificuldades encontradas pela equipe para acolher os familiares estão o medo de envolvimento emocional com os familiares da pessoa atendida e o despreparo (MARTINS *et al*, 2008). Outras dificuldades foram encontradas, como o distanciamento emocional (PROCHNOW *et al*, 2009); a insuficiência de profissionais (SANCHES *et al*, 2013) e a dificuldade em identificar as demandas dos usuários e compreender suas significações sobre seus problemas de saúde (MARTINS, 2012).

Para superação destas dificuldades e efetivação do acolhimento como norteador do cuidado, alguns estudos referem que os profissionais devem contar com supervisão, apoio institucional, educação permanente e capacitações a fim de auxiliar os

profissionais da saúde na resignificação dos processos de cuidado (MARTINS *et al*, 2008; SCHNEIDER, 2008; GOULART *et al*, 2013). Portanto, constata-se que o acolhimento ainda tem sido restrito a ações primárias de recepção e triagem, sendo destituído de seu caráter complexo de atenção à saúde integral dos usuários dos serviços de saúde. Poucos estudos (SCHNEIDER, 2008; MAESTRI *et al*, 2012; GOULART *et al*, 2013) referiram o acolhimento à família, sobretudo na alta complexidade, e a falta de estudos neste âmbito pode dificultar a melhoria dos serviços de saúde.

Desta forma, esta pesquisa objetiva identificar a percepção de familiares de pacientes internados em um hospital geral sobre as características do acolhimento prestado pela equipe de enfermagem. Este objetivo pôde ser decomposto em cinco objetivos específicos, sendo eles: identificar a definição de acolhimento na percepção de familiares de pessoas internadas em um hospital geral; identificar a percepção de familiares de pessoas internadas em um hospital geral sobre o espaço de escuta propiciado pela equipe de enfermagem; identificar a percepção de familiares de pessoas internadas em um hospital geral sobre a resolubilidade de queixas feitas pelos familiares a equipe de enfermagem; identificar a percepção de familiares de pacientes internados em um hospital geral sobre o vínculo estabelecido com a equipe de enfermagem em ambiente hospitalar e identificar a percepção de familiares de pacientes internados em um hospital geral sobre as implicações do vínculo com a equipe de enfermagem para o reestabelecimento da saúde do paciente internado. Sendo assim, é preciso considerar a percepção e a subjetividade destes familiares, que estão inseridos no contexto hospitalar e devem fazer parte do público alvo de cuidado, e acolhimento da equipe de enfermagem para a efetivação da humanização em saúde e do reestabelecimento da saúde do adoecido.

## **2. MÉTODO**

### **2.1 TIPO DE PESQUISA**

Esta pesquisa é definida como descritiva, de natureza qualitativa, de corte transversal e com delineamento de campo.

### **2.2 PARTICIPANTES**

Os participantes da pesquisa foram cinco familiares acompanhantes de cinco pacientes internados em um Hospital Geral de diferentes alas, caracterizados na tabela a seguir. Pretendeu-se, desta forma, ter um olhar ampliado, que não focado em uma só equipe, para compreender como é realizado o acolhimento na percepção dos familiares.

Tabela 1- Caracterização dos participantes

SUJEITO	SEXO	IDADE	GRAU DE PARENTESCO	TEMPO DE PERMANÊNCIA NO HOSPITAL
F1	F	37 anos	Mãe	15 dias
F2	F	36 anos	Esposa	12 dias
F3	F	73 anos	Esposa	1 mês
F4	M	34 anos	Filho	20 dias
F5	F	38 anos	Esposa	18 dias

Fonte: Elaboração da autora, 2015.

### 2.3 SITUAÇÃO AMBIENTE

A coleta de dados ocorreu dentro do hospital geral estudado, na sala de supervisão do serviço de psicologia, através do agendamento da entrevista com as supervisoras de estágio, e após a autorização da instituição. O local foi adequado e reservado que propiciou sigilo, não ocorrendo interrupções.

### 2.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

A partir dos objetivos de pesquisa foi possível compor um quadro de variáveis, no qual estes foram decompostos, o que possibilitou maior visibilidade sobre o fenômeno estudado. A partir das variáveis foram elaboradas 38 perguntas com o intuito de atender aos objetivos de pesquisa, construindo-se como instrumento de coleta de dados, uma entrevista semi-estruturada.

### 2.5 PROCEDIMENTO DE SELEÇÃO E CONTATO COM OS PARTICIPANTES

Para serem participantes desta pesquisa os familiares deveriam estar acompanhando o paciente internado há no mínimo uma semana, sem interrupção. Este critério ocorreu por acreditar-se que a rotina da internação e o contato com a equipe já será mais efetivo. Os familiares que aceitaram participar da pesquisa e sentirem-se seguros para ausentar-se do leito do paciente foram os participantes da pesquisa.

Inicialmente foi feito contato com a Instituição para apresentar o projeto de pesquisa e obter a concordância da instituição através da Declaração de Concordância das Instituições. A partir da autorização, a pesquisa foi explicada à enfermeira chefe de cada ala e solicitada à indicação das famílias levando em consideração a internação e se o familiar acompanha o paciente desde o início da internação.

Ao encontrar os familiares que se enquadravam nos critérios, foi apresentada a pesquisa, seus objetivos e explicado ao familiar que sua participação era voluntária, sem custos e pagamentos. Neste sentido, foi apresentado o termo de consentimento Livre e Esclarecido, no qual os participantes assinaram duas vias.

## 2.6 ORGANIZAÇÃO, TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

A organização dos dados ocorreu a partir da transcrição das entrevistas, categorização e análise dos dados a fim de obter respostas que atendam à pergunta de pesquisa. Após a realização das entrevistas, as mesmas foram transcritas na íntegra, a fim de proporcionar a visibilidade aos dados obtidos. A partir da transcrição foi possível categorizar os dados por meio da criação de um quadro de categorização. Posteriormente a organização dos dados, descreveu-se cada categoria e subcategorias, dispostas na tabela a seguir, a fim de demonstrar ao leitor o sentido da categoria que exemplifica a compreensão global das falas. Em seguida, realizou-se análise dos dados, que consistiu em relacionar os textos de análise de cada categoria com os pressupostos teóricos.

Tabela 2- Organização das categorias

<b>Eixo I: Definição de familiares sobre acolhimento</b>	
<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>
Definição de acolhimento	Orientação
	Atenção
	Cuidado a pessoa hospitalizada

	Cuidado ao familiar acompanhante
	Respeitar o momento do outro
	Favorecimento da presença do familiar
Facilidades para o acolhimento	Estruturação do serviço
Dificuldades para o acolhimento	
<b>Eixo II: Percepção de familiares sobre o espaço de escuta</b>	
<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>
Disponibilidade do profissional para Conversar	
Disponibilidade do profissional para ouvir	
Desvalorização da fala do familiar	
<b>Eixo III: Percepção de familiares sobre resolubilidade de queixas</b>	
<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>
Atendimento a necessidade expressa pelo familiar acompanhante	Tempo de espera para o atendimento
	Respostas positivas frente às demandas apresentadas
Ajuda nos cuidados com o familiar internado	
Iniciativa do profissional com os cuidados do familiar internado	
Dificuldade para resolubilidade das queixas	Ignorar a demanda
	Resistência da equipe
<b>Eixo IV: Percepção de familiares sobre o vínculo com a equipe de enfermagem</b>	
<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>
Relação com a equipe de enfermagem	Proximidade com a equipe
	Aproximação da equipe com o familiar acompanhante
	Aproximação do familiar internado

	Segurança
Apoio do profissional	
Reciprocidade	
Subjetividade do profissional de saúde para se vincular	Satisfação no trabalho
<b>Eixo V: implicações do vínculo para o reestabelecimento da saúde</b>	
<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>
Recuperação mais rápida	Boa relação com a equipe para melhoria do quadro
	Contribuições do familiar no quadro de saúde
	Familiar como cuidador
	Bom relacionamento entre os membros da equipe de enfermagem

Fonte: Elaboração da autora, 2015.

## 1. ANÁLISE DOS DADOS

Com a instituição da PNH e com a diretriz operacional do acolhimento, a busca por um atendimento humanizado, com enfoque na saúde integral dos indivíduos, tornou-se mais evidente. Sabe-se que os usuários devem ter seu acesso ao SUS baseado nos princípios da integralidade, equidade e universalidade, entretanto, a forma como é realizado este atendimento tem sido avaliada e discutida. De acordo com Campos e Amaral (2007) a clínica ampliada, objetiva a ampliação do objeto do trabalho dos profissionais de saúde, para além dos aspectos biológicos, desta forma, nesse contexto, o usuário de saúde torna-se autônomo e ativo no seu processo de saúde. Segundo os autores, esta mudança na terapêutica, se dá pela escuta do usuário e de seu apoio psicossocial. A mudança no atendimento prestado, pelos profissionais de saúde pode ocorrer com os mecanismos de educação continuada, para que os profissionais atendam os usuários de forma integral e não somente focado nos procedimentos técnicos (CAMPOS e AMARAL, 2007).

Merhy (2002) problematiza, a relação entre o conhecimento profissional, recursos para a prática profissional e a relação do profissional com o sujeito. De acordo com o autor, essas três dimensões estão presentes no momento de encontro entre o profissional e o sujeito que busca o atendimento. Estas dimensões, podem sobrepor-se

umas às outras, direcionando a forma como ocorre o atendimento, deixando-se de enxergar o sujeito. A forma como é realizada a intervenção do profissional, denota a compreensão que este profissional tem sobre o seu trabalho, o processo de adoecer e o sistema no qual ele está inserido.

Portanto, em meio a este momento de fortalecimento da humanização do SUS, objetivou-se identificar a percepção daqueles que recebem o atendimento, que estão inseridos, muitas vezes, em uma lógica de saúde que favorece pobremente o protagonismo, mas que caminha para uma mudança na relação entre profissionais e usuários, com um atendimento humanizado. No ambiente hospitalar, em um momento de fragilidade do familiar internado e do familiar que acompanha, buscou-se identificar a percepção dos familiares acompanhantes sobre as características do acolhimento prestado pela equipe de enfermagem.

Os resultados obtidos denotam que os familiares acompanhantes percebem o acolhimento prestado pela equipe de enfermagem de forma fragmentada, voltado para a orientação e informação, o cuidado com o familiar internado e a permissão da presença do familiar acompanhante durante os procedimentos. Compreende-se que todos estes aspectos são importantes, mas eles, de forma isolada, não contemplam a mudança em saúde que busca-se com a PNH. A escuta, foi referida, e na maioria das vezes foi feita a alusão à disponibilidade do profissional em ouvir, inclusive foi referida a conversa com os profissionais sobre assuntos para além do quadro de saúde do familiar internado. Esta vinculação, por meio da escuta, foi referida de forma positiva pela maioria dos participantes, e pode-se vislumbrar o início de o estabelecimento de uma nova relação entre profissionais e usuários do serviço de saúde. A resolubilidade das queixas, também foi destacada, e na maior parte das respostas, vista como positiva, percebendo-se disponibilidade dos profissionais em serem resolutos. O vínculo foi visto como importante, tanto para o reestabelecimento da saúde dos familiares internados, bem como, para o bem estar do familiar acompanhante e profissional da enfermagem.

Entretanto, foi possível perceber, através das falas dos participantes, que o cuidado ao familiar internado permeou de forma quase absoluta a percepção e atenção, tanto da equipe quanto dos familiares acompanhantes. O familiar internado parece ser o centro das ações de cuidado, e até mesmo de acolhimento. Isto fica evidente na resolubilidade das queixas, onde o familiar acompanhante refere as demandas com relação ao seu familiar, não aparecendo a si mesmo. Neste ambiente, onde o risco de morte parece permear os cuidados, é natural que as atenções voltem-se para o sujeito

que está adoecido, entretanto, a expansão do olhar da equipe, para além do leito, mostra-se como fundamental para a humanização do ambiente hospitalar, bem como a efetividade do acolhimento. Isto porque, o familiar se percebe como o elo entre o familiar internado e sua vida antes da internação e parece ser um componente chave, para o bem estar do sujeito internado. A humanização, e o acolhimento, iniciaram com as reformas na saúde e a busca por uma mudança na compreensão de como o sistema de saúde funciona. Entretanto, para serem efetivadas, dependem da compreensão daqueles que estão envolvidos: os profissionais e os usuários dos serviços de saúde.

### 3.1 A DEFINIÇÃO DE ACOLHIMENTO PARA FAMILIARES DE PESSOAS INTERNADAS

A proposta da humanização, com a PNH de 2004, vem no intuito de modificar a forma de cuidado prestada aos usuários e familiares por parte dos profissionais de saúde. Por meio da diretriz operacional do acolhimento é efetuada esta mudança no cuidado, através da escuta qualificada, vínculo entre usuário-profissional-familiar, resolubilidade das queixas e a responsabilização do usuário e família (BRASIL, 2004). Entretanto, mesmo depois da instituição da PNH, se faz necessário compreender como tem sido a mudança da compreensão da população sobre o atendimento em saúde. Para tanto, se torna necessário a identificar a percepção de familiares de pessoas internadas em um hospital geral sobre a definição de acolhimento.

Foi possível identificar a definição dos familiares sobre acolhimento, as dificuldades que eles percebem para que a equipe tenha uma postura acolhedora e as facilidades que a mesma encontra para efetivar o acolhimento. Dentre as definições encontradas, identificou-se que o acolhimento para os familiares, volta-se para o fornecimento de orientações, informações, cuidados com o familiar internado, bem como o favorecimento de sua presença durante procedimentos e o respeito aos seus sentimentos frente a internação de seu familiar. Vale destacar que quatro dos cinco familiares nunca tinham ouvido falar sobre o acolhimento, exceto um familiar, porém os familiares relataram a definição de acolhimento de acordo com suas percepções.

A **definição de acolhimento** como orientação foi referido por F1 e F5 exemplificadas pelas falas:



[...] Ah, através do carinho da atenção da orientação eles tão sempre orientando (F1).

Elas me orientam, quando ele teve no isolamento elas me orientaram se eu podia tocar com luva (F5).

F1 destaca a orientação em caráter mais afetivo compreendendo este procedimento a partir da forma como era executado pelos profissionais. Já F5, percebe a orientação como uma técnica, não ressaltando a dimensão relacional na realização deste. Sendo assim, os participantes percebem o acolhimento como informações expressas pelos profissionais da enfermagem acerca de informações sobre a internação de seu familiar. Isto vai ao encontro do que Martins *et al* (2008) encontraram em seus estudos com profissionais de saúde sobre acolhimento a familiares. Os dados obtidos mostram, de acordo com os autores, que os profissionais da saúde encaram o acolhimento e o realizam por meio de orientações e informações acerca do quadro do familiar internado, para que dessa forma provoque bem estar na família frente a hospitalização.

Contudo, o acolhimento não se restringe a procedimentos, fonte de informações e orientações e nem somente ao atendimento pautado no afeto de forma isolada, mas se refere a uma postura profissional ética e comprometida com os preceitos da PNH. O acolhimento, segundo a PNH, ocorre com a valorização do usuário e sua rede social, numa mudança de postura do profissional de saúde que, agindo de forma ética e humanizada revê, sua forma de trabalho a fim de favorecer o processo de produção de saúde (BRASIL, 2008).

Outra definição de acolhimento abrange a atenção, explicita na fala de F4:

[...] Quando tu é ouvido, tem algo a pedir ou algo a falar, a passar e tu percebe a interação, a atenção que tu necessita (F4).

F4 atribui o acolhimento ao sentido de ser atendido em suas necessidades, priorizando o espaço de escuta, ou seja, quando o profissional se coloca à disposição do usuário. Para Franco (2012) o profissional ao se demonstrar disponível, dedicar seu tempo e ouvir com atenção o sujeito, está desta forma, tendo uma postura acolhedora. Neste sentido, F4, da mesma forma que F1 anteriormente citado, compreende o acolhimento de uma forma relacional, não focada nos procedimentos técnicos, ampliando a definição de acolhimento como uma forma de interação entre profissional e usuário do serviço de saúde e neste contexto, percebe-se que o participante compreende o acolhimento, como a prestação de um atendimento acolhedor e humanizado.

O cuidado ao familiar internado abrange à definição de F2, F3 e F5, levando o acolhimento para a dimensão do paciente hospitalizado, e a segurança que o familiar sente ao saber que há uma equipe presente, oferecendo cuidado ao paciente, conforme exemplificado nas falas de F2 e F3:

Pra mim o acolhimento na verdade é o que eles tão fazendo hoje é acolher ele, tratar dele da melhor forma possível. (F2)

[...] ele é muito protegido aqui sei que eu saí daqui ele tá bem cuidado, elas tão sempre atentas, então isso aí eu vou tranquila. (F3)

No ambiente hospitalar, a atenção da equipe de saúde e do próprio acompanhante está voltada ao sujeito internado, evidenciado pela percepção dos familiares sobre o acolhimento restrito ao familiar internado. Entretanto a PNH prevê que o acolhimento seja extensivo a todos os envolvidos no processo de promover saúde, tanto ao paciente quanto a sua rede social (BRASIL, 2008). Isto também é garantido pelo princípio da universalidade do SUS, que reafirma o compromisso da saúde para todos, independentemente do contexto que se encontram (KUJAWA, 2003). Desta forma, esta percepção dos familiares se restringe a pessoa atendida, quando o cuidado deve ser extensivo a todos os envolvidos no processo de saúde.

O cuidado ao familiar acompanhante foi percebido como forma de acolhimento por F1, F2 e F5. Desta forma, o acolhimento é visto como extensivo à rede social do familiar que está passando pela internação, explícito nas falas:

Acho não tem porque não acolher, sendo que tá ali a pessoa junto a todo o momento, eu acho que a relação é a mesma assim do paciente [...] (F1)

Eu tava no outro quarto, não tinha dado a coberta tava bem frio, *ah vou pegar uma coberta pra ti maior*, eu vejo que eles tem um cuidado não só com o paciente, as vezes, muitas vezes eles nos acolhem né (F5)

O acolhimento foi destacado como o atendimento extensivo aos familiares por F1 e F5, não se restringindo ao paciente internado, o que é previsto pela PNH e pela proposta do acolhimento. Entretanto, F5 percebe o acolhimento na forma como o profissional da equipe de enfermagem interage com os familiares, desta forma percebe o acolhimento em caráter afetivo por parte do profissional. Entretanto, Brasil (2008) refere ao acolhimento como a prática de responsabilização pelo usuário e sua rede social por meio de escuta qualificada, prestação de atendimento não fragmentado e a resolubilidade de todas as queixas de saúde apresentadas por estes. Contudo, a atenção e

o cuidado ao familiar acompanhante, embora não contemple na íntegra a proposta de acolhimento pode ser um passo inicial, na humanização das relações hospitalares, extensivas aos familiares.

Outra definição dada ao acolhimento abrange respeitar o momento do outro. Os participantes ressaltam a importância do profissional da enfermagem em entender os sentimentos decorrentes da hospitalização de um familiar. Neste sentido, os participantes F1 e F4 relatam:

[...] precisa de apoio né, até a pessoa ta fraca psicologicamente às vezes, tem dias que eu to boa, tem dias assim que eu to bem animada, mas tem dias que já causo desânimo porque a gente quer ir embora [...] (F1)

[...] às vezes a família ta um pouco estressada ou ta um pouco irritada ou porque não vê a melhora né do quadro clínico do paciente, do familiar e acaba tua moral acaba baixando tu fica frustrado, às vezes não tem uma pessoa, o simples ato de ouvir o que tu tens pra falar isso já ajuda e entender também quando a pessoa às vezes ta irritada com a situação [...] (F4)

Esta atenção da equipe de saúde, em perceber e respeitar os sentimentos dos familiares é fundamental durante o processo de reestabelecimento de saúde do familiar. Segundo Romano (1999), a família sofre desgastes emocionais quando um familiar encontra-se hospitalizado e que esses desgastes podem ser expressos por meio de desconfortos físicos e psicológicos. Isto é exposto na fala de F1 que compreende o acolhimento como apoio durante o processo de hospitalização de seu familiar.

F4 por sua vez, compreende o acolhimento como respeito, por meio da disponibilidade do profissional em ouvir suas queixas referentes ao seu familiar internado e sobre os sentimentos decorrentes da hospitalização. Por meio do acolhimento o profissional se coloca no lugar do sujeito que está em sofrimento devido a problemas de saúde (FRANCO, 2012). Neste sentido, a percepção destes familiares parece expressar a postura de empatia do profissional de saúde expressas na PNH.

O favorecimento da presença do familiar no ambiente hospitalar foi expresso por F5 ao apresentar a seguinte fala:

Fazer com que o acompanhante teje presente em todas as situações porque até em relação a exame, cada exame que ele sai pra fazer eu sempre pergunto se eu posso ir junto, eles sempre deixam às vezes eu não entro em uma determinada sala, mas aí nas idas e vindas eu to sempre presente com ele, então eu acho que isso é acolher né (F5)

F5 percebe o acolhimento como o consentimento por parte da equipe de enfermagem em ser partícipe do processo de saúde de seu familiar internado, referindo ao acolhimento a possibilidade de acompanhar seu familiar a todos os procedimentos

que este precise se submeter. Entretanto Brasil (2004), aponta a presença dos familiares nos espaços de saúde como um direito, devendo este ser garantido por meio do atendimento humanizado, afim de que os familiares também sejam atores sociais e ativos no processo de promover saúde.

A fala de F5 remete à cultura construída nos espaços de saúde, onde os sujeitos são inativos nos processos de saúde, submetidos àqueles que detêm o conhecimento técnico-científico para tratá-los. Esta compreensão do participante, corresponde à construção e implementação dos hospitais como locais destinados exclusivamente a práticas curativas de doenças de ordem biológica. Conforme apresentado em Foucault (1989), o exercício da medicina e o funcionamento dos hospitais tinha inicialmente como foco o indivíduo hospitalizado e a ampliação do conhecimento acerca das doenças apresentadas por estes indivíduos, desta forma negligenciando as outras dimensões deste sujeito hospitalizado. Sendo assim, é possível observar que a fala de F5 permeia esta cultura construída ao longo da história dos espaços de saúde e práticas profissionais iniciais, como as práticas curativas, de um organismo biologicamente adoecido.

No que se refere a **facilidades para o acolhimento** foi destacada por dois participantes. O participante F4 indica como facilidade a subjetividade do profissional, evidenciada por meio da fala a seguir:

Vai muito de pessoa pra pessoa, tem pessoas que são mais mecânicas e tem pessoas que são mais coração, tem mais atenção, tem mais né, então é dependendo a pessoa tu consegue ter uma interação legal [...] (F4)

F4 atribui a execução do acolhimento à subjetividade do profissional da enfermagem, o que parece evidenciar a compreensão de que a prática do acolhimento depende de aspectos do comportamento de cada profissional. Isso vai ao encontro da pesquisa realizada por Costa, Klock e Locks (2012), que ao estudarem a prestação do acolhimento por parte das equipes de enfermagem, relataram que prática do acolhimento muda conforme o profissional. De acordo com os autores, alguns profissionais aderem postura de distanciamento quando acreditam que o acolhimento não é necessário, enquanto outros adotam postura afetuosa com os familiares de pacientes internados (COSTA, KLOCK e LOCKS, 2012). Entretanto, o acolhimento não deve ser submetido à forma de ser dos indivíduos, pois se refere a uma postura ética, estética e política e por meio desta os profissionais efetivam os princípios do SUS (BRASIL, 2006).

F5 por sua vez, percebe como **facilidade para o acolhimento** a condições estruturais do serviço, exposto na fala:

A ala não ta totalmente cheia então claro que eu acho que isso ajuda bastante, eles acabam tendo mais tempo pra tratar melhor, influencia e ajuda (F5)

A referência de F5 a ala não estar totalmente cheia, ou seja, a organização do trabalho atua como facilitador, em outros casos, esta mesma referência pode estar associada às dificuldades, como a sobrecarga de trabalho. Para Guedes *et al* (2013) a sobrecarga de trabalho, referida em pesquisa com enfermeiros, atua como dificultador do acolhimento, pois os profissionais da enfermagem percebem que a alta demanda de trabalho impede a prestação de um atendimento acolhedor por parte dos mesmos. Desta forma, percebe-se que a demanda de trabalho acaba por influenciar na prestação do atendimento acolhedor o que resulta na forma com que o usuário do serviço percebe o acolhimento.

As **dificuldades para o acolhimento** foram apresentadas por quatro dos cinco participantes, nas seguintes falas:

Acho que se eu começar a dar muito pitaco (...) tu vê que o pessoal [equipe de enfermagem] acaba te deixando um pouco de lado. (F4)

[...] se mais de dois ou três pacientes passarem mal talvez eles não fossem conseguir acolher de uma forma tão presente quanto foi se tivesse outras situações de urgência no momento né. De repente se fosse mais corrido num dia mais movimentado, que desse algum problema talvez elas não conseguissem parar tanto né (F5)

Para a promoção e prevenção de saúde prevista nas premissas do SUS e da PNH são necessárias às trocas de saberes, por meio destas trocas entre familiar-profissional o familiar acompanhante pode promover a saúde da pessoa hospitalizada por meio da expressão de seus saberes (BRASIL, 2004). Entretanto, a fala do participante F4 evidencia dificuldades por parte dos profissionais para que seja realizada esta troca e desta forma F4 considera a falta de espaço para a expressão de seus saberes como dificuldade para o acolhimento por parte dos profissionais da enfermagem.

F5 evidencia novamente em sua fala que quanto maior o número de pacientes, menor a qualidade na prestação de acolhimento por parte do profissional da enfermagem, demonstrando que a realização do acolhimento independe do profissional, mas sim da estrutura do espaço de saúde. Entretanto, a prestação de um atendimento acolhedor, Conforme Brasil (2004) se refere a uma postura ética do profissional da saúde em seu processo de trabalho. Desta forma, a percepção da participante

“desresponsabiliza” a equipe de enfermagem na prestação de um atendimento acolhedor.

A definição de acolhimento, na percepção dos familiares de pacientes internados, parece contemplar aspectos básicos do acolhimento, como ter as orientações, ter a atenção voltada para o familiar acompanhante, sentir-se seguro quanto ao cuidado realizado, ter momentos de empatia e respeito pelos sentimentos experienciados pelo familiar acompanhante e ter sua presença favorecida no acompanhamento de exames e procedimentos. A percepção fragmentada sobre acolhimento também foi trazida por Schneider *et al* (2008) ao estudar usuários e familiares em unidade coronariana de um hospital. De acordo com os autores, pode-se verificar o que os usuários e familiares entendem por acolhimento a postura do profissional de saúde em tratar bem as pessoas, amparo a família e receber informações sobre o quadro do familiar hospitalizado. Desta forma, a percepção dos participantes acerca do acolhimento, demonstra desconhecimento sobre seus direitos, que são garantidos pelo Estado, referentes à prevenção e promoção de saúde.

Os aspectos citados pelos participantes denotam uma mudança, ainda inicial, na relação entre profissionais de saúde e familiares. Entretanto, esta mudança ainda está restrita a “fragmentos” do acolhimento, pois ter uma postura acolhedora perpassa todos os procedimentos e momentos com a família e o familiar internado, é uma mudança na forma de se relacionar da equipe de saúde, não podendo ser restrita à um ou outro aspecto, uma ou outra característica do acolhimento. Se restrito a alguns aspectos, o acolhimento arrisca-se a tornar-se um procedimento padronizado, uma técnica de manejo, ao avesso da sua proposta, de tornar as relações nos ambientes de saúde, mais humanizadas.

## 5.2 PERCEPÇÃO DE FAMILIARES DE PESSOAS INTERNADAS SOBRE O ESPAÇO DE ESCUTA PROPICIADO PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM

O espaço de escuta refere-se a postura do profissional de saúde em escutar as queixas apresentadas e dar respostas ao que lhe foi exposto, realizando a resolução do problema relatado pelo usuário e seu meio social (BRASIL, 2006). Por meio da escuta qualificada o profissional de saúde presta atendimento voltado ao cuidado integral e desta forma promove a autonomia dos sujeitos no processo de promoção de saúde (RAIMUNDO e CADETE, 2008). Desta forma, a escuta do profissional deve estar voltada para o usuário e familiar acompanhante, pois por meio da escuta do familiar,

este pode promover a saúde de seu familiar hospitalizado. Tendo em vista que a escuta do familiar é necessária no processo de promoção de saúde, propõe-se identificar a percepção de familiares de pessoas internadas sobre o espaço de escuta propiciado pela equipe de enfermagem.

Identificou-se que a escuta propiciada pelos profissionais da enfermagem na percepção dos familiares acompanhantes refere-se a disponibilidade do profissional em ouvir o que este familiar tem a dizer sobre o quadro de saúde do familiar internado e a disponibilidade do profissional em conversar com o familiar acompanhante sobre o familiar hospitalizado, bem como assuntos que extrapolam a vivência hospitalar.

A **disponibilidade do profissional para conversar** foi destacada por F2, F3 e F5. Os participantes trazem a disponibilidade para o diálogo por meio das falas a seguir:

[...] sempre que eu to precisando de alguma coisa quando eu vou lá e converso com eles (F2)

Eu converso quando eu chego de manhã quando elas vão atender o meu marido, que é uma, daqui a pouco é outra, aí eu vou vendo como ele passou, o que ela tá fazendo, o procedimento (F3)

[...] pra perguntar sobre medicação pra perguntar sobre orientação se ela deixou prescrito algum exame, se ele vai fazer naquele dia se não vai, se ela vai vir aqui no dia se não vai, e às vezes até pra conversar mesmo, às vezes elas tão ali a gente acaba conversando um pouquinho [...] cumprimento elas, converso dou um oi às vezes não tão só relacionado a ele [...] conversando mesmo trocando ideia, conversando descontraindo e saindo um pouco da rotina [...] (F5)

Percebe-se na fala de F2 que a participante atribui ao espaço de escuta como a disponibilidade do profissional para conversar quando apresenta alguma queixa, compreendendo o espaço de escuta de forma a possibilidade de reportar esta queixa ou sanar alguma dúvida e desta forma percebe o espaço de escuta como o recebimento e a exposição de informações acerca da hospitalização de seu familiar internado. Isto também foi expresso por F3 ao se referir ao diálogo com o profissional da enfermagem sobre informações acerca do quadro de saúde de seu familiar, atribuindo também ao espaço de escuta o recebimento de informações sobre o quadro de saúde. Para Miltre *et al* (2012) o acolhimento se dá por meio dos profissionais de saúde, que permitem e proporcionam o espaço de escuta de forma ativa e qualificada, resultando assim na promoção da autonomia dos sujeitos inseridos nos espaços de saúde. O espaço de escuta previsto na diretriz do acolhimento refere-se não somente ao profissional de saúde escutar as queixas e dar informações. Por meio do espaço de escuta há a inclusão do

usuário e familiar também no processo de saúde e desta forma promove a autonomia das pessoas atendidas (MILTRE *et al* 2008). Entretanto, as falas dos participantes parecem evidenciar a percepção de um espaço de escuta, iniciado e promovido somente por parte dos familiares acompanhantes.

Na fala de F5 fica evidenciado de que percebe o espaço de escuta não somente como o relato de informações entre familiar e profissional, demonstrando percepção ampliada. Percebendo o espaço de escuta como conversas não somente relacionado ao quadro de saúde do familiar hospitalizado, entendendo também que por meio do diálogo ocorre o estabelecimento de vínculo familiar-profissional. As falas dos participantes parecem evidenciar que o espaço de escuta somente é propiciado pelos profissionais da enfermagem quando solicitados pelos familiares, para obter informações sobre procedimentos referentes ao familiar hospitalizado, demonstrando que o paciente é o alvo do cuidado e da escuta por parte do profissional da enfermagem. Somente a participante F5 relatou o diálogo com conteúdo fora da realidade hospitalar, porém a mesma parece evidenciar pela sua fala, que é o familiar que inicia procura e por este diálogo fora do contexto hospitalar.

Pode-se perceber também que as falas dos familiares não expressam o que é feito com as queixas apresentadas por eles aos profissionais da enfermagem. Isto evidencia que o espaço de escuta está sendo realizado de forma fragmentada pelos profissionais da enfermagem, tendo em vista que os profissionais para realizarem atendimento acolhedor, precisam dar respostas positivas, ou seja, uma resolução parcial ao que foi apresentado como queixa, e a realização de encaminhamentos quando percebe que a demanda apresentada foge de suas atribuições profissionais (FRANCO, 2012). Sendo assim, as falas dos participantes expressam o conteúdo das queixas feitas por eles, mas não a resolução destas, bem como os encaminhamentos realizados em relação às demandas apresentadas aos profissionais da enfermagem.

A **disponibilidade do profissional para ouvir** foi referida por dois participantes. Os familiares participantes F4 e F5 expuseram a importância de serem ouvidos pelos profissionais da enfermagem, atribuindo ao espaço de escuta ser ouvido em suas queixas, conforme exposto nas falas a seguir:

Ah de forma assim de alguns parar pra te ouvir e outros é realizando a necessidade (F4)

Eu acho que pelo fato de pararem e ouvirem às vezes, conta bastante (F5)



F4 e F5 compreendem o espaço de escuta como a possibilidade de se expressarem para os profissionais da enfermagem e que ao fazerem isto tenham a atenção do profissional voltada para o que estão trazendo. As falas dos participantes parecem demonstrar a falta de proximidade por parte do profissional aos familiares, ao relatarem a necessidade do profissional parar o que está fazendo, para então ouvir o que os familiares têm a dizer.

A Fala de F4 demonstra que percebe diferenças na execução do espaço de escuta por parte dos profissionais, evidenciando que ocasionalmente alguns profissionais não se mostram disponíveis a ouvi-lo. No que se refere a qualidade da escuta, por parte do profissional da enfermagem, Rossi e Lima (2005) ao realizar estudos acerca da observação da atuação dos profissionais da enfermagem, discutem que a escuta pode ser dividida entre individual e coletiva. A escuta individual é realizada no atendimento de um único sujeito, já a escuta coletiva é um procedimento que pode diminuir a qualidade na escuta que é prestada, pois quando o profissional a realiza coletivamente, pode haver a exposição da intimidade dos sujeitos perante aos outros usuários do espaço de saúde, de acordo com as autoras, a escuta coletiva não perde a sua resolubilidade, entretanto, a qualidade pode ser perdida (ROSSI e LIMA, 2005). As falas parecem evidenciar que os participantes avaliam melhor o espaço de escuta por parte dos profissionais da enfermagem quando a escuta é por eles realizada individualmente.

A **desvalorização da fala do familiar** foi destacada por F4 ao relatar momentos em que sua fala não foi recebida com atenção por parte dos profissionais, conforme explicitado abaixo:

Tem pessoas que acham que tudo que tu fala é crítica nem sempre a tua crítica é algo destrutivo [...] às vezes tu faz pra fala pra, se tu tas com uma pessoa [familiar internado] tu vai vê, tu ta às vezes o dia inteiro e ele [profissional da enfermagem] passa ali em alguns pontos, então é uma rotina corrida é uma rotina pesada, então às vezes a pessoa [familiar internado] ta ali e tu acaba vendo a o andamento [...] tem valor a fala da família né, então quando tu não vê que essa fala não é recebida ou não é dada a devida atenção tu se frustra um pouco [...] não é nem não atender é só foi como posso dizer? Não deu bola pro que ela [familiar acompanhante] falou, e não passou pra frente, houve uma falha, houve um erro gravíssimo, houve um mal estar, houve uma série de situações que ocorreram devido a aquela falha né [...]  
(F4)

F4 relata desconforto ao expor a forma como percebe o espaço de escuta, propiciado pelos profissionais da enfermagem, o participante refere que os profissionais podem encarar sua fala como uma crítica, percebe que sua participação é importante para o reestabelecimento da saúde de seu familiar hospitalizado, entretanto, entende que

o profissional não o encara como relevante no processo de saúde. Para Franco, Bueno e Merhy (1999), o profissional de saúde precisa, por meio de sua escuta atentar-se à fala do sujeito e estar disposto a auxiliá-lo quanto à sua queixa. Desta forma, percebe-se que esta escuta não foi proporcionada ao familiar acompanhante, e que o mesmo considera importante ter esse espaço, para fazer contribuições acerca do que percebe sobre seu familiar internado.

A fala de F4 parece evidenciar que este se coloca disponível como um parceiro no cuidado, mas que é excluído deste processo pelo profissional, percebendo que a sua não-participação e seu antagonismo, podem acarretar na piora do quadro de seu familiar internado e também alterar o estado emocional do familiar acompanhante devido a este antagonismo. Frizon *et al* (2011) corroboram, ao relatarem que o não acolhimento dos familiares de pessoas internadas faz com que os sentimentos decorrentes da hospitalização não sejam amenizados. Os autores alertam que os familiares deveriam ser incluídos no processo de cuidado pela equipe de enfermagem a fim de auxiliar os mesmos no processo de hospitalização deste familiar internado.

Por meio dos dados foi possível identificar que na percepção dos familiares acompanhantes no que se refere a escuta propiciada pelos profissionais, denota uma disponibilidade para conversar e para ouvir, o que evidencia que, as relações entre os profissionais e familiares tem sido estabelecidas por meio do diálogo. Entretanto o conteúdo das conversas parece estar voltado, na maioria das vezes, para informações acerca do familiar internado. A escuta, parece voltar-se para o desabafo dos familiares sobre as suas angústias, num momento de fragilização da família diante do adoecimento do familiar. Contudo, contrariamente a este espaço oferecido, é referido por um dos familiares a desvalorização das falas de familiares acompanhantes, tornando este familiar antagonista no processo de cuidado, ao invés de tê-lo como aliado. Percebeu-se por meio das falas dos participantes, que estes não evidenciam o que é realizado como resolução das queixas apresentadas aos profissionais da enfermagem após expressem suas demandas.

### 5.3 PERCEPÇÃO DE FAMILIARES DE PESSOAS INTERNADAS SOBRE A RESOLUBILIDADE DE QUEIXAS

A resolubilidade consiste na atenção à queixa e apresentação de soluções por parte do profissional de saúde frente ao que é relatado pelo usuário e seu meio social (BRASI, 2006). Neste sentido, buscou-se identificar a percepção de familiares de

peessoas internadas sobre a resolubilidade das queixas feitas. Por meio dos dados obtidos identificou-se que os participantes compreendem a resolubilidade como resolução das queixas referentes ao familiar hospitalizado, bem como o fornecimento de informações acerca do quadro de seu familiar, agilidade no atendimento para a resolução das demandas e dificuldades para a resolubilidade. A resolubilidade gerou grande número de ocorrências de falas dos participantes, ao todo foram 25 falas sobre este aspecto que envolveram todos os participantes. O que parece expressar a urgência do ambiente no qual estão inseridos, onde a resolução de uma queixa pode alterar significativamente o quadro de saúde do familiar internado.

O **atendimento a necessidade expressa pelo familiar acompanhante** foi destacado pelos cinco participantes da pesquisa. Todos os participantes percebem a resolubilidade como tempo de espera para o atendimento, e atribuem importância a agilidade do atendimento prestado pela equipe, conforme descrito nas falas:

Ah, rápido, sempre rápido eles nunca deixam esperando sempre atenciosos, muito rápido [...](F1)

[...] sempre que eu to precisando de alguma coisa quando eu vou lá e converso com eles *ah to precisando que ele faça curativo*, elas vão lá e fazem, põe e troca de lençol também, não tenho muito o que reclamar não (F2)

Bem ágil, bem rapidinho se tão disponíveis, se não tão com nenhum caso ali, se estão em seguida eles tão ali (F3)

Os participantes compreendem a resolubilidade das queixas apresentadas por parte do profissional da enfermagem acerca do tempo de espera para a resolução do que foi expresso ou solicitado, entendendo a resolubilidade como o rápido atendimento das demandas apresentadas sobre o bem estar do familiar hospitalizado. E desta forma, qualificam o atendimento do profissional da enfermagem quando realizado de forma rápida e ao não deixa-los esperando. Esta compreensão vai ao encontro do estudo realizado sobre a satisfação de usuários, conforme apresentado em Rosa, Pelegrini e Lima (2011), os usuários do serviço de saúde se sentem satisfeitos com o atendimento prestado pelos profissionais de saúde quando ocorre a resolução de suas demandas referentes a aspectos de procedimentos técnicos. Entretanto, é preciso considerar, que no ambiente hospitalar, a demora no atendimento poderia acarretar risco de vida do familiar internado, e a resposta dada de forma rápida parece amenizar o sofrimento do familiar acompanhante.

A resolubilidade das queixas foi relatada pelos participantes F2 e F5 como respostas positivas frente às demandas apresentadas, conforme as falas:

[...] se eles não conseguem resolver eles te orientam certinho a como você vai proceder né (F2)

Elas ligaram pra médica questionaram o que podia fazer, porque ela [médica] já tinha passado pra não deixar pro dia seguinte, então ela orientou por telefone, isso já aconteceu assim, umas três quatro vezes de elas [equipe de enfermagem] irem atrás da médica (F5)

Os participantes compreendem a resolubilidade não somente como a resolução total das demandas apresentadas, mas sim as respostas positivas dadas pelos profissionais de saúde frente ao que apresentaram. As respostas positivas se referem à resolução mesmo que parcial das queixas apresentadas aos profissionais de saúde pelo usuário e familiares (FRANCO, 2012). Esta percepção dos entrevistados parece estar relacionada à **disponibilidade do profissional para ouvir**, quando o mesmo, volta sua atenção para o familiar. Portanto, mesmo que o profissional não tenha, naquele momento, a possibilidade de resolver a demanda trazida, o fato de atentar-se ao que é exposto e buscar um encaminhamento que culminará na resolução da queixa, parece demonstrar ao familiar acompanhante a disponibilidade para cuidar e acolher o familiar internado e quem o acompanha.

A categoria **ajuda nos cuidados com o familiar internado** foi expressa pelos participantes F1 e F2, como demonstram as falas a seguir:

[...] que eu necessito eles sempre me auxiliam, pra isolar o acesso, [...] trocar roupa de cama, pra mim conseguir roupa de cama[...] (F1)

[...] troca de curativo, só mais assim, na outra [ala] eu não precisava procurar na outra eles já tinham um cronograma vamos dizer, é remédio, tomar banho, troca de curativo então eles tinham um horário certinho programado né [...] (F2)

Os participantes demonstram ter a compreensão de que a resolubilidade está ligada ao que eles apresentam de queixa acerca do familiar internado e a ajuda do profissional em efetivar os cuidados técnicos que seu familiar hospitalizado necessita. F1 e F2 não evidenciam em suas falas conteúdos acerca de outras demandas não relacionadas ao quadro de saúde de seus familiares internados, e do contexto hospitalar em que se encontram. Desta forma os participantes percebem a resolubilidade da equipe de enfermagem somente quando se refere ao quadro de saúde do seu familiar hospitalizado.

A **iniciativa do profissional com os cuidados do familiar internado** foi referida, por todos os participantes para caracterizar resolubilidade, de acordo com as falas:

São tão poucas vezes que eu solicito porque elas são muito presentes elas cumprem as obrigações (F3)

Porque às vezes antes mesmo de eu fazer as perguntas elas mesmo já me fazem as perguntas sobre aquele dia [do familiar hospitalizado] (F5)

Resolubilidade para os participantes F3 e F5 refere-se não somente a solicitarem algo ao profissional de saúde, estes participantes há compreendem quando o profissional atende as necessidades de seus familiares hospitalizados, sem que os familiares acompanhantes solicitem. Entretanto, a fala de F3 parece expressar sua compreensão sobre a resolubilidade como uma das atribuições profissionais da equipe de enfermagem, a participante expressa que o profissional está sempre presente, realizando suas obrigações profissionais. Isto vai ao encontro do que é apresentado em Brasil (2006) quando refere que, o profissional de saúde deve ser resoluto nos atendimentos prestados, para a garantia da eficácia na prestação do atendimento. Desta forma a resolubilidade no atendimento refere-se a garantia da prestação de atendimento de qualidade aos usuários e familiares, conforme previsto na PNH.

A **atualização sobre o quadro de saúde do familiar internado** foi apresentado por F3 como fornecimento de informações sobre quadro do paciente, conforme explicitado na fala:

Explicam por exemplo eu tava à noite, eu ainda pego a turma da noite elas me passam tudo direitinho e quando inicia o outro turno também [...] (F3)

A participante F3 entende a resolubilidade como a atualização do quadro de saúde de seu familiar hospitalizado por parte dos profissionais da enfermagem, de forma a sempre estar atualizada sobre o quadro de saúde de seu familiar. Desta forma, é possível perceber por meio da fala de F3 que esta participante compreende a resolubilidade somente como o fornecimento de informações sobre o quadro de saúde de seu familiar internado quando está presente no espaço hospitalar.

Apesar de todas as falas referidas sobre a resolução de suas queixas e destas serem atendidas com agilidade, por parte da equipe de enfermagem, ainda há familiares que percebem a não resolubilidade das queixas e da iniciativa do profissional em realizá-las. Isto foi destacado em **dificuldade para resolubilidade das queixas** por F4 que a percebe como resistência da equipe, conforme apresentado na fala:

Então como eu te falei, aquela situação que eu vi ali, eu vi que houve uma resistência assim né, porque tem pessoas que acham que a gente é leiga né, aí não houve uma, mas depois que a outra [técnica de enfermagem] que eu expliquei o esquema ali, que foi só nesses casos, teve um dia ali que o soro acabou e ela ficou sem punção depois como ela ta com as veias muito fragilizadas perdeu o acesso, então tu vê que, *ah não, deixa* [...] (F4)

A fala de F4 parece evidenciar que o participante compreende a não resolubilidade das queixas quando relata ao profissional o que percebe acerca da saúde de seu familiar e quando o profissional da enfermagem expressa postura de resistência frente ao que o familiar acompanhante apresenta e, desta forma, não realiza o procedimento da forma com que o familiar acompanhante solicitou, como sendo o melhor para seu familiar. A percepção de F4 vai ao encontro do que Gotardo e Silva (2005) trazem em sua pesquisa com familiares de pessoas internadas em UTI. De acordo com os autores, os profissionais de saúde inseridos na UTI também apresentam resistência às contribuições dos familiares acompanhantes, pois os mesmos tem a percepção de que os familiares acompanhantes são fiscais de seu trabalho, e que isso acarreta desconfortos à equipe de saúde. Para os autores, os familiares acompanhantes são peças fundamentais para a melhoria do quadro do familiar hospitalizado e deveriam ser avaliados positivamente pelos profissionais da saúde e também alvos do seu cuidado (GOTARDO e Silva, 2005). Sendo assim, percebe-se resistência por parte da equipe de enfermagem, frente ao que o familiar acompanhante pode contribuir, e desta forma, isto acarreta na forma que o participante percebe a não resolubilidade das queixas que apresenta.

F4 também refere a **dificuldade para resolubilidade das queixas** como ignorar a demanda, que é expressa para melhoria do quadro de saúde do familiar hospitalizado pelo familiar acompanhante, exemplificado pela fala a seguir:

[...] nessas idas e vindas teve algumas intenações de completamente descaso, tu vê que o profissional não atendeu [...] ignorou a informação e o teu pedido, e não passou aquilo e não é assim que funciona [...] pra o objetivo do paciente seja melhor atendido né e daí é bem chato tu virar um descaso, e a pessoa não deu bola pro que tu falou. (F4)

O participante F4 refere a não resolubilidade quando as suas queixas acerca da saúde de seu familiar são ignoradas pela equipe de enfermagem e não solucionadas, atribuindo isto como descaso por parte do profissional. F4 refere estas ações, como uma postura não adequada do profissional da enfermagem, compreendendo que o profissional deve aceitar a informação ofertada por ele. O participante evidencia que sua participação promoveria o atendimento do familiar hospitalizado com maior qualidade

quando há o cuidado em conjunto entre o familiar acompanhante e profissional da enfermagem. Entretanto, quando isto não ocorre, percebe este comportamento do profissional como não resolubilidade no atendimento. Isto vai ao encontro do que Gotardo e Silva (2005) retratam, de acordo com os autores, alguns profissionais de saúde tratam os familiares no espaço de saúde com descaso, não valorizando suas presenças e por meio disto, diminuem as expectativas dos familiares acompanhantes frente ao cuidado oferecido.

As queixas apresentadas pelos participantes, bem como a resolubilidade destas, voltou-se para o cuidado ao familiar internado, em pouco contemplando o familiar acompanhante. Pode-se refletir que o familiar acompanhante não se vê como alguém que também pode ter demandas para serem atendidas, já que sua atenção e seus cuidados estão voltados a aquele que está no leito. Suas queixas, quando resolvidas, permeiam as suas percepções sobre a resolubilidade do atendimento do profissional da enfermagem. Contudo, a forma como são resolvidas as queixas não são referidas, bem como o modo como é prestado o atendimento, o que pode ser compreendido como a diminuição da angústia gerada pela demanda, expressa por falas que referiram ao tempo de espera para atendimento da queixa. Neste sentido, os familiares percebem a resolubilidade das queixas como atendimento as demandas, bem como ajuda nos cuidados do familiar. Outro aspecto destacado pelos familiares é o fornecimento de informações sobre o quadro clínico do paciente, e a pró-atividade dos profissionais, que se mostraram disponíveis para realização de procedimentos técnicos. Porém, um dos familiares referiu a resistência da equipe e desvalorização da demanda trazida pelo familiar, o que acarreta na não resolubilidade das queixas apresentadas pelos familiares acompanhantes e pela forma com que este percebe a resolubilidade por parte da equipe de enfermagem.

#### 5.4 PERCEPÇÃO DE FAMILIARES DE PESSOAS INTERNADAS SOBRE O VÍNCULO ESTABELECIDO COM A EQUIPE DE ENFERMAGEM

O vínculo refere-se a uma tecnologia leve do cuidado, sendo importante para o processo de trabalho do profissional de saúde, por meio do vínculo ocorre a responsabilização pelo usuário, quando há a responsabilização, este profissional se coloca no lugar do sujeito sensibilizando-se com seu sofrimento acerca de sua saúde (MERHY, CAMPOS e CECILIO, 1997). Desta forma, buscou-se identificar a percepção de familiares de pessoas hospitalizadas sobre o vínculo estabelecido com o

profissional da enfermagem, tendo em vista que este é importante para a prevenção e a promoção da saúde dos sujeitos nos espaços de saúde. Os dados alcançados referem-se ao aspecto relacional da equipe com os familiares acompanhantes e familiares hospitalizados, sobre a segurança que o profissional passa para o familiar acompanhante e ao familiar hospitalizado e acerca da subjetividade deste profissional em seu processo de trabalho para a vinculação com os familiares.

A categoria **relação com a equipe de enfermagem** foi referida por todos os participantes da pesquisa. Sendo percebida como proximidade com a equipe, por todos os participantes, conforme apresentado nas falas a seguir:

Ah eles tão sempre né, eles são muito atenciosos, tão sempre ali, então é com frequência né, não tem essa, a gente é muito próximo né, não tem distância [...] (F1)

[...] ela [enfermeira] deu uma passada lá pra olhar, então fora do horário dela, nos não somos parentes dela e mesmo assim ela deu uma passadinha lá pra dar um oi pra gente, então assim oh, foi muito gratificante, a gente comentou até com vários familiares e a gente fica emocionada até às vezes porque meu deus, é um atendimento que faz toda a diferença, às vezes elas [equipe de enfermagem] não tem noção do pouco que elas fazem, como agrega pro familiar do paciente né, elas tão de parabéns assim (F5)

É querendo ou não é mais profissional, tu vê que pergunta e como tá e sobre ela e se ta precisando de alguma coisa[...] (F4)

Os participantes F1 e F5 parecem perceber como proximidade a relação que estabelecem com a equipe, e nos momentos que a equipe está próxima afetivamente dos familiares acompanhantes e familiares hospitalizados, evidenciam a proximidade como a presença constante dos profissionais, e quando estes parecem importar-se de fato com suas vidas. A fala de F5 remete ao sentimento de gratidão que o familiar acompanhante tem frente a realização de um atendimento humanizado, sua fala parece evidenciar visão assistencialista frente ao modo de atendimento prestado pela equipe de enfermagem e não em caráter profissional, referindo também que a equipe não percebe o alcance das ações que realizam. A percepção da participante vai ao encontro do que Oliveira *et al* (2007) desenvolveram em pesquisa sobre a representação social de profissionais de saúde referente ao SUS. Os autores apresentam, por meio dos dados obtidos, que os alguns profissionais de saúde atribuem ao funcionamento do SUS como sendo de caráter assistencialista. Relacionado a isto, Rosa, Pelegrini e Lima (2011) encontraram em sua pesquisa, que a alta satisfação dos usuários do serviço de saúde pode estar ligada ao sentimento de gratidão e a dependência aos profissionais por parte dos usuários. Esta ideia parece expressar que o desconhecimento dos usuários acerca de seus direitos



sociais garantidos pelo Estado reflete numa percepção equivocada de que um bom atendimento por parte dos profissionais não se refere a uma postura ética de trabalho, mas sim em práticas caritativas e desta forma, isto parece refletir na satisfação dos usuários.

Apesar da maior parte dos participantes estarem em consonância com a fala de F5 referentes à proximidade e boa relação com a equipe de enfermagem, a fala de F4 parece evidenciar que percebe a proximidade da equipe como uma das atribuições da profissão da enfermagem e não como práticas assistencialistas. Desta forma, o participante F4 parece compreender a proximidade da equipe de enfermagem com os familiares como prática profissional cotidiana dos profissionais de saúde.

A subcategoria aproximação da equipe com o familiar acompanhante foi mencionada por todos os participantes. Os mesmos relatam em suas falas, momentos em que a equipe de enfermagem busca a aproximação do familiar acompanhante, conforme explicitado nas falas:

Às vezes *ta com alguma coisa?* elas perguntam, *como ta se sentindo?* Então elas se mostram mais preocupadas ali, bastante atenção, são bem prestativas (F2)

[...] através de um sorriso muitas vezes, através de um bom dia, através, coisas as vezes que elas, que nem agora elas sabem que eu voltei a trabalhar, daí hoje quando eu cheguei, *ah tais trabalhando, voltasse?* Então assim, coisas que às vezes marca, porque tu vê que tu não é mais um, elas lembrar né (F5)

F4 e F5 demonstram perceber o vínculo por meio da iniciativa do profissional da enfermagem em aproximar-se dos familiares acompanhantes, de seu cotidiano, percebendo postura afetuosa na forma que são abordados. A fala de F4 remete a percepção de que, ao profissional perguntar sobre seu estado, estaria se aproximando do familiar acompanhante.

A fala de F5 parece evidenciar que a participante percebe a aproximação quando o profissional da enfermagem busca saber sobre sua rotina, sendo assim, compreende o interesse como o movimento do profissional em aproximar-se do cotidiano do familiar acompanhante e de a equipe de enfermagem ter olhado para além do leito, percebendo sua valorização no ambiente hospitalar. Percebe que sendo atendida desta forma, não se sente mais um número de prontuário, mas um sujeito inserido no contexto hospitalar. A compreensão da participante parece ir ao encontro do que é retratado no princípio da equidade do SUS. O princípio da equidade refere que o profissional deve priorizar o atendimento de um usuário especificamente e não de outros usuários, quando percebe

peças com maior vulnerabilidade (CAMPOS *et al*, 2007). Desta forma a participante F5 parece expressar que o profissional de saúde utilizou-se do princípio da equidade do SUS, para realizar seu atendimento, o que também demonstra movimento dos profissionais de saúde para além dos aspectos biológicos dos sujeitos inseridos no hospital.

A subcategoria aproximação do familiar internado foi destacada por quatro participantes. Sendo eles, F2, F3, F4 e F5. Os quatro participantes relatam também a importância desta aproximação, por parte da equipe de enfermagem, conforme apresentado nas falas:

Elas tem carinho pelo paciente [familiar internado] tu fica assim encantada como uma pessoa, olha que é uma jornada meia pesada[...] (F3)

Qualquer procedimento que elas fazem, elas não chegam e fazem, primeiro elas sempre explicam pra ele [...] elas sempre falam *oh esse é tal remédio, esse vai ser tal remédio*, então elas sempre, qualquer coisa que elas vão fazer, primeiro elas orientam, dizem o que pode causar, algum sintoma, *então fiquei meio enjoado é da medicação, fiquei meio ruim ah pode ser da medicação*, então elas te ouvem em relação a isso [...] eu acho que ele [familiar internado] se sente muito bem assim, ele gosta bastante do atendimento delas (F5)

F3 percebe esta aproximação por meio do carinho que os profissionais da enfermagem proporcionam ao seu familiar hospitalizado e relata seu bem estar quando isto ocorre. Já F5 percebe que os profissionais se aproximam, quando demonstram cuidado pela forma que realizaram os procedimentos técnicos, bem como a iniciativa do profissional ao fornecerem informações para que o familiar hospitalizado entenda o procedimento, e a elucidação acerca dos efeitos colaterais das medicações. Desta forma, F5 parece compreender a aproximação do profissional ao seu familiar, quando este demonstra cuidados para que o familiar hospitalizado não sinta desconfortos durante e após os procedimentos técnicos.

A compreensão de F3 e F5 vai ao encontro das tecnologias do cuidado em saúde apresentada por Franco e Merhy (2012), que trazem as tecnologias como, leve, levedura e dura. Os autores referem à tecnologia leve ao estabelecimento da dimensão afetiva entre usuário e profissional, a tecnologia levedura refere-se ao conhecimento técnico e científico do profissional de saúde, juntamente com o olhar do mesmo às particularidades do usuário, e a tecnologia dura se refere a exames e aos aparatos tecnológicos (FRANCO e MERHY, 2012). Sendo assim, a compreensão expressa por F3 remete-se a utilização da tecnologia leve e a compreensão de F5 a utilização da

tecnologia levedura, dispensada aos familiares hospitalizados, por parte da equipe de enfermagem.

A subcategoria segurança foi expressa por quatro participantes como forma de compreender o vínculo, de acordo com as falas a seguir:

*Às vezes ai tem que sair ai, não se preocupa que eu venho dar uma olhadinha nele, que às vezes tem que comprar um remédio, não se preocupa qualquer coisa a gente ta aqui, então a gente tem mais segurança também né (F2)*

*Eu me sinto segura com o que elas passam, não sinto insegurança da parte delas, elas sabem o que fazem (F5)*

O participante F2 percebe a segurança como a forma que a equipe se relaciona com o familiar acompanhante, relatando também sentir-se segura após o profissional da enfermagem se colocar disponível e presente no cuidado com o familiar hospitalizado, em sua ausência. Já F5 refere a segurança, por meio de informações repassadas e procedimentos realizados pela equipe de enfermagem. Schneider *et al* (2008) atenta de que os familiares de pessoas hospitalizadas se sentem acolhidos quando podem contar com a disponibilidade e auxílio da equipe de enfermagem e que isto acarreta na satisfação do atendimento prestado.

Desta forma, as falas dos participantes parecem demonstrar que se sentem seguros para cumprir outros compromisso e deixar seu familiar hospitalizado aos cuidados da equipe de enfermagem. Bem como, sentirem-se seguros com relação a competência do profissional no que se refere aos procedimentos técnicos e a procedência das informações sobre a saúde dos familiares hospitalizados.

**O apoio do profissional** foi referida por três participantes conforme falas a seguir:

*A equipe é muito boa porque eles te apoiam assim bastante, eles são bem queridos, fazem bastante brincadeira e isso ajuda muito sabe no dia-a-dia isso, é muito importante, eles são muito queridos, muito humanos assim eles veem a dificuldade das pessoas né [...] (F1)*

*[...] é a gente ta num ambiente assim né, se a gente precisa de um apoio e a gente acaba tendo, então acaba sendo uma coisa boa né, na verdade você tem um apoio de toda a equipe (F2)*

Nota-se que os participantes F1 e F2 sentem-se apoiados quando percebem boa relação com a equipe e atendimento prestado de forma humanizada e que isto provoca bem estar nos familiares acompanhantes. F2 percebe o hospital como um ambiente hostil, compreendendo que precisa do apoio da equipe de enfermagem neste espaço. A

participante F2 refere que recebe este apoio de toda a equipe, quando precisa. Isto vai ao encontro de pesquisa realizada, sobre a percepção de enfermeiros acerca do atendimento de familiares de pessoas hospitalizadas, Schneider *et al* (2008), por meio dos dados obtidos, refere que os profissionais da enfermagem entendem o apoio como a expressão de conforto, ao paciente e a família, e quando identificam as necessidades e atendem a esta demanda. As falas dos familiares participantes expressam que estes se sentem apoiados pela equipe de enfermagem e que precisam deste apoio durante este período de fragilidade.

A internação e a doença podem ser encaradas como uma ameaça ao sistema familiar, a família vivencia a hospitalização junto ao paciente, por isso é importante que o olhar da equipe de enfermagem se volte também para os familiares (ALMEIDA *et al*, 2009). O processo de hospitalização fragiliza também o familiar acompanhante, sendo assim, é necessário que a equipe de enfermagem preste atendimento extenso aos familiares, tendo em vista que estes percebem que o apoio da equipe contribui para a diminuição de desconfortos frente ao adoecimento de seus familiares hospitalizados.

A categoria **reciprocidade** foi relatada por um participante, conforme a fala:

A troca assim da gentileza na verdade né eu era gentil com eles, eles viram assim *pô ela tá necessitando por isso ela tá sendo gentil*, alguma coisa desse tipo, então eles retribuía a gentileza, já tavam bem acessíveis né [...] (F1)

A participante F1 compreende o vínculo como uma gentileza, e acredita que a gentileza deve ser recíproca no espaço de saúde, atribuindo também que a gentileza deve partir do familiar acompanhante, para então obter também por parte da equipe de enfermagem. Desta forma, a fala da participante parece expressar (como já citado anteriormente) uma visão caritativa e assistencialista do profissional da enfermagem, quando este presta atendimento acolhedor. Entretanto o atendimento dos profissionais de saúde deve ser pautado na ética e no que a PNH preconiza por meio de suas diretrizes, para que os princípios do SUS sejam aplicados de modo efetivo (BRASIL, 2006). Contudo, percebe-se o desconhecimento de F1 sobre as atribuições profissionais da equipe de enfermagem, bem como sobre a humanização do cuidado prevista pela PNH, tendo em vista sua percepção acerca do vínculo, como uma troca de gentilezas diante de um momento de fragilização de saúde de usuário e familiar acompanhante.

A **subjetividade do profissional de saúde para se vincular** foi relatada por quatro participantes como satisfação no trabalho. Os participantes referem acerca da

subjetividade do profissional de saúde e o que isto implica para a vinculação com os familiares, conforme mencionado a seguir:

Muita gente não tá feliz profissionalmente e isso reflete pra todas as pessoas que tão em volta na verdade, porque ela tá ali é uma coisa que ela não tá satisfeita com o que ela tá fazendo, ela não tá ali feliz, então é obvio que ela não vai fazer a profissão dela perfeitamente (F1)

Acredito que a forma também como o hospital trata os seus funcionários, então isso deve repassar pros pacientes né, se eles tão bem no trabalho eles vão passar também essa tranquilidade pros pacientes né (F2)

A gente vê muito isso, chega no trabalho estressada, o que acontece, passa pro cliente ou passa pro paciente (F3)

As falas dos participantes expressam a compreensão de que o vínculo estabelecido por parte da equipe de enfermagem depende da satisfação destes com o trabalho nos espaços que atuam e como são tratados pelos seus empregadores. F1 e F2 referem que, quando o profissional da enfermagem não se sente bem em seu ambiente de trabalho isso repercute na forma como presta seu atendimento.

F3 evidencia que a subjetividade do profissional acarreta na maneira em que efetua seu atendimento e que isso também reflete negativamente nas pessoas atendidas. Desta forma, os participantes parecem compreender a equipe de enfermagem inserida em uma instituição com suas normas burocráticas, compreendendo o profissional como possuidor de uma subjetividade e que isto pode intervir em seu processo de trabalho. Um dos motivos de os profissionais da enfermagem não estarem bem em seus ambientes de trabalho, diz respeito a sentimentos decorrentes do adoecimento de seus pacientes e a maneira que os profissionais lidam com isto, conforme apresentado em Sulzbacher *et al* (2009), os sentimentos do profissional frente ao quadro crítico de saúde dos pacientes, pode desencadear sentimentos negativos e o adoecimento dos profissionais, bem como prejuízos profissionais.

Foi possível observar que a percepção dos participantes acerca do vínculo remete-se ao acolhimento e que estes se sentem acolhidos pela equipe de enfermagem. Suas falas retratam o movimento de aproximação do familiar acompanhante e ao familiar hospitalizado, percebendo o vínculo por parte da equipe de enfermagem ao sentirem-se seguros para se ausentarem do leito de seu familiar hospitalizado. Os participantes percebem que buscam a aproximação dos profissionais, bem como os profissionais buscam também a aproximação aos familiares acompanhantes.

Os participantes percebem que o profissional de enfermagem necessita sentir-se bem em seu ambiente de trabalho, para que este se vincule e preste atendimento

humanizado, devendo a instituição em que trabalham também os incluir na humanização do cuidado. Observou-se também a desinformação dos familiares acerca do papel dos profissionais nos espaços de saúde, bem como suas atribuições profissionais, e o desconhecimento da PNH. Entretanto, a divulgação da PNH é prevista como um compromisso e uma maneira de operar de forma transversal, acerca dos processos de saúde, a fim de qualificar o SUS e a implementação desta Política (BRASIL, 2004). Desta forma, percebe-se que mesmo com o movimento de mudança na prestação do atendimento de saúde integral dos indivíduos, e não somente como ausência de doenças, as pessoas atendidas nos espaços de saúde continuam percebendo o cuidado integral do atendimento com viés assistencialista por parte dos profissionais de saúde. Tal situação conduz à seguinte reflexão: porque mesmo com a criação e implementação da PNH, a percepção dos familiares continua seguindo a lógica assistencialista?

#### 5.5 IMPLICAÇÕES DO VÍNCULO PARA O REESTABELECIMENTO DA SAÚDE

O espaço hospitalar pode ser compreendido para além de um espaço da alta complexidade em saúde, criado para realização de procedimentos mais específicos para o reestabelecimento da saúde dos sujeitos internados. Ele se configura como um espaço relacional, onde os usuários ficam internados, ou seja, passam mais tempo neste ambiente, e por conseguinte, possuem mais contato com os profissionais de saúde. A presença do familiar acompanhante parece trazer, ao familiar internado, a inserção de sua subjetividade, num momento onde sua individualidade e intimidade são expostas, através de procedimentos invasivos. Além disso, o familiar inserido neste ambiente pode atuar como um parceiro da equipe de saúde, sendo um ator fundamental para o reestabelecimento da saúde do familiar internado, pois a saúde deve ir para além do biológico e contemplar os aspectos psicossociais dos sujeitos. Desta forma, propõe-se identificar a percepção dos familiares sobre as implicações do vínculo para o reestabelecimento da saúde do familiar hospitalizado.

A implicação do vínculo com a equipe de enfermagem foi referida como **recuperação mais rápida** por todos os participantes, como a boa relação com a equipe para melhoria do quadro, conforme expresso nas falas:

[...] quando tu tens a relação boa com a equipe tu acaba passando melhor é, esperança é, animo, afeto isso tudo é mais positivo né, já quando tu não tem uma interação legal tu fica mais retraído acaba passando isso (F4)

Bem estar, recuperação mais rápida sem dúvida nenhuma, conta muito, porque cada dia que elas chegam ali ele pergunta, *ah posso andar posso caminhar hoje? ah tu ta bem? Então ta ótimo Ah vamo andar, vamo caminhar, mexe a perna*, tudo isso incentiva né, então eu acho que ajudou e ajuda muito! E o lado humano quando alguém ta doente mais que em qualquer momento, faz diferença, mas quando tu ta debilitado tu para pra valorizar coisas pequenas que tu não dava a mínima, e assim, um bom dia faz uma diferença gigante pra quem ta ali no fundo de uma cama e pra quem passa dia e dias numa cadeira de papai, que eu digo (F5)

Os participantes percebem que uma boa relação com a equipe de enfermagem contribuiu para a recuperação mais rápida do familiar hospitalizado e para o bem estar dos familiares acompanhantes durante o período de internação de seus familiares. F4 parece expressar por meio de sua fala que quando não possui uma boa relação com a equipe de enfermagem é afetado negativamente por conta da má interação com os profissionais e que este mal estar é repassado para seu familiar hospitalizado, da mesma forma que uma boa relação do familiar acompanhante com a equipe promove o bem estar do familiar internado.

F5 expressa que uma boa relação com a equipe, entre familiar hospitalizado e familiar acompanhante, contribuiu para a motivação do paciente frente à doença e que o atendimento humanizado contribuiu para a diminuição do clima hostil do hospital. As percepções dos participantes vão ao encontro do que é discutido por Campos (1995), que refere que, quando o olhar dos profissionais da saúde não está voltado somente aos aspectos biológicos da pessoa atendida e quando o profissional estabelece diálogo com os familiares de pessoas hospitalizadas, contribui para amenizar sentimentos decorrentes da hospitalização e a prevenção de adoecimentos do familiar e pessoa hospitalizada.

As contribuições do familiar no quadro de saúde foram expostas, de acordo com a percepção de todos os participantes, conforme falas a seguir:

[...] por isso eu já nem saí dali, porque assim, às vezes eu deixo a minha mãe, às vezes eu falo assim *ah vou pra casa*, ele ah ele fica meio assim, *ah tu vai pra casa não sei o que*, mãe é mãe né, ta ali do lado dele, apoiando a todo momento, eu acho que isso ajuda muito na recuperação dele, eu acho que é importante isso, eu acho que é fundamental na verdade (F1)

Porque quando tu ta fragilizado tu precisa de alguém que tu tenha confiança né, e quando tu tem, é igual uma criança quando se machuca, ela quer o pai ou a mãe, de preferência a mãe, mas isso trás um pouco mais de afeto (F4)

Eu acho que pra recuperação dele, pra ele se sentir mais no aconchego de casa não se sentir tão dentro de um hospital, pra ele não se sentir tão sozinho, eu acho que se nesse período tu não acaba tendo um equilíbrio [...] se ele não tem esse aconchego, se ele não tem em quem se apoiar na família eu acho que é mais fácil de ele adquirir uma depressão, nesse sentido, porque a situação, o contexto geral acaba já trazendo algumas situações que te levam a

depressão, ao abalado, ao choro, então eu acho que com o aconchego da família eu acho que te segura mais né, te motiva, então eu acho que é bem importante [...] eu acho que se eu não tivesse ali ele não ia querer ta ali mais, então eu acho que é fundamental [...] porque faz uma diferença muito grande (F5)

Os participantes percebem que a presença e o apoio da família contribuem para a melhoria do quadro de saúde de seus familiares hospitalizados, pois isto transmite segurança a eles e os deixam motivados. Para os familiares acompanhantes, este apoio faz com que os familiares se recuperem mais rapidamente do agravo de saúde ao qual foram acometidos.

F4 parece perceber que a sua presença do ambiente hospitalar tem diferencial maior, pois refere que o familiar hospitalizado confia nos cuidados dos familiares, durante o momento de fragilização. A fala de F5 parece evidenciar que sua presença, contribuiu para que seu familiar não perca a identidade durante a hospitalização, a participante acredita que sem o apoio da família durante a hospitalização podem ocorrer doenças psicossomáticas, bem como, a piora no quadro de saúde. De acordo com Campos (1995) durante o processo de hospitalização a identidade e autonomia da pessoa internada e da família podem ser perdidas, pois a internação hospitalar faz com que a pessoa internada passe por um processo de despersonalização. Desta forma, os participantes se percebem como centrais na melhoria do quadro de seus familiares hospitalizados, e suas presenças contribuem para que a identidade destes não seja perdida no momento da hospitalização.

O familiar como cuidador foi mencionado por dois participantes, referidos por meio das falas:

[...] ele depende muito de mim, eu sou cuidadora, eu sou a cozinheira, eu sou a babá dele, enfim, tudo [...] eu acho que eu to contribuindo pra melhora dele, eu sinto que tudo que ele vai falar pra você se você chegar lá [...] se ele tiver comigo ele olha pra mim, pra mim responder por ele (F3)

[...] sempre ta avisando no caso de intercorrência, ou prestando atenção como que, no andamento né, como tu tas ali mais tu percebe se ta mais inchada se ta mais corada se ta mais disposta [...] ele [familiar hospitalizado] acaba omitindo algumas informações, que as vezes é essencial, tipo se evacuou ou por vergonha ou por medicação por estar sedado ou desorientação, então às vezes o familiar ta um pouco mais a frente por esse tipo de situação né, de alguma queixa, *ah to com dor? to com dor to com dor* e ai tu chega tu pergunta a equipe chega e pergunta pro paciente *ah ta com dor? Ah não ta tudo bem*, às vezes não querendo incomodar (F4)

F3 percebe que contribui para a melhora de seu familiar, pois se coloca à disposição deste de diferentes formas, percebe que o adoecimento pode deixar o familiar



hospitalizado dependente do familiar acompanhante, e entende que por meio de sua presença passa segurança para esse familiar adoecido. Já F4 percebe-se mais atento ao seu familiar do que o profissional da enfermagem, pois compreende que profissional atende a um número maior de pessoas enquanto o familiar acompanhante tem sua atenção voltada para uma única pessoa.

Desta forma, o participante percebe seu olhar mais atento às particularidades de seu familiar hospitalizado. Acredita que sua presença vá também estimular o familiar a não omitir informações que podem ser importantes, acerca do quadro clínico e que mesmo que seu familiar não expresse diretamente para o profissional da enfermagem, percebe que pode ser o porta-voz dessas informações que o familiar hospitalizado não repassa. Elsen *et al* (1994) ressalta que a família pode contribuir na melhoria do quadro de saúde do paciente e desta forma, precisa ser ouvida pelos profissionais de saúde, de acordo com as autoras, os profissionais da enfermagem devem estimular a participação dos familiares no processo de cura do sujeito adoecido a fim de que o paciente receba melhores condições de cuidado. Sendo assim, se faz necessário que os profissionais de enfermagem permitam a participação do familiar acompanhante na recuperação do familiar adoecido, tendo em vista que o familiar acompanhante pode ser um parceiro no cuidado da pessoa atendida pelos profissionais da enfermagem.

A subcategoria bom relacionamento entre os membros da equipe de enfermagem, para o estabelecimento de vínculo foi expresso por F1, conforme relatado a seguir:

[...] a equipe trabalha há muito tempo junto então tem toda aquela afinidade, então eles sabem como tratar os pacientes sabe, eles tem afinidade entre eles entre a própria equipe [...] acho que os profissionais tem que ter primeiro essa afinidade, eu acho, eu acredito que isso é muito importante pra passar isso pros pacientes né [...] entre a equipe, a dificuldade ali da relação dos profissionais, se tem um certo bloqueio entre eles eu acho que isso já reflete no paciente [...] (F1)

A participante compreende que se os membros da equipe de enfermagem não possuírem um bom relacionamento entre si, isto acarreta no vínculo que é estabelecido com os familiares hospitalizados e isto pode impactar nos pacientes atendidos pela equipe. Schneider *et al* (2008) ressalta a importância do acolhimento entre a equipe de enfermagem, para que os profissionais se sintam acolhidos, e, deste modo, efetivar o acolhimento dos usuários de saúde. De acordo com os autores, para que os profissionais se sintam acolhidos são necessárias ações que visem a valorização profissional do enfermeiro. Desta forma, a participante parece compreender que para se vincular com o

familiar hospitalizado, primeiramente os profissionais precisam estar vinculados e se sentirem acolhidos pelos colegas de trabalho enfermeiros que atuam na equipe.

Os participantes percebem sua importância no espaço de saúde e que quando participam ativamente no processo de saúde de seu familiar resulta na melhoria do quadro destes. Retratam que uma boa relação com a equipe de enfermagem faz com que a equipe execute os procedimentos técnicos de forma mais vinculada, implicada e afetuosa e desta forma, repercute na melhoria do estado de ânimo do familiar hospitalizado, o que acarreta para seu reestabelecimento de saúde. Percebem também que contribuem por meio dos cuidados que dispensam ao familiar hospitalizado, para que se sintam seguros e a vontade no ambiente hospitalar, bem como para trazer o “eu” de volta, num momento de fragilização, pois é o familiar acompanhante que resgata aspectos da identidade da pessoa que está hospitalizada, o que contribui para a recuperação da autoestima e fortalecimento das estratégias de enfrentamento do familiar internado frente a hospitalização. Portanto, os familiares parecem perceber a sua importância para o reestabelecimento de saúde do familiar internado, bem como a importância do vínculo com a equipe como fundamental para a garantia do bem estar para os familiares acompanhantes e seus familiares hospitalizados.

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A presente pesquisa objetivou identificar a percepção de familiares de pacientes internados em um hospital geral sobre as características do acolhimento prestado pela equipe de enfermagem, mostrando-se relevante para averiguar se o atendimento a pessoa hospitalizada tem sido extensivo à sua rede social.

Foi possível, nas entrevistas com os participantes, identificar a definição de acolhimento na percepção dos familiares de pessoas internadas. Dentre destas definições, destacam-se o fornecimento de informações e orientações, o cuidado com o familiar hospitalizado, a compreensão dos sentimentos decorrentes do processo de hospitalização de um familiar e a possibilidade do familiar acompanhante estar presente durante procedimentos técnicos e exames. Estas definições remetem a uma construção histórica do ambiente hospitalar e da figura do profissional de saúde como um agente caritativo, aquele que cuida de forma assistencialista. Isto porque, as definições sobre acolhimento trazidas pelos familiares são ainda rasas e abrangerem mais com

procedimentos técnicos, apesar de caminharem na direção da ampliação do conceito de acolhimento, quando referem-no como a compreensão dos sentimentos decorrentes do processo de hospitalização de um familiar.

A partir das falas dos participantes, foi possível identificar a percepção destes sobre o espaço de escuta, resolubilidade, vínculo estabelecido com a equipe de enfermagem, bem como, as implicações do vínculo para a melhoria do quadro de saúde do familiar hospitalizado. O espaço de escuta é percebido como a disponibilidade da equipe de enfermagem em conversar e ouvir o que o familiar acompanhante tem a dizer sobre o quadro de saúde do familiar hospitalizado, bem como, assuntos fora do contexto hospitalar. A desvalorização da fala do familiar acompanhante, por parte da equipe de enfermagem também foi relatada, evidenciando a exclusão do familiar acompanhante do processo de saúde do familiar hospitalizado. Evidenciou-se que os participantes percebem o espaço de escuta como um espaço para obter informações sobre o familiar internado, bem como a expressão de suas angústias frente ao quadro de saúde. Contudo, não foi referido o que é realizado após os familiares acompanhantes expressarem esta fragilização para a equipe de enfermagem.

No que se refere à percepção dos familiares acerca da resolubilidade, identificou-se, que estes a compreendem como a agilidade no atendimento técnico e informações sobre o quadro de saúde do familiar hospitalizado, as dificuldades para a resolubilidade, também foram destacadas pelos familiares participantes. Pode-se identificar que os familiares não percebem a resolubilidade extensiva a eles, desta forma, não identificam que também podem ser alvo do cuidado da equipe de enfermagem. Em relação ao vínculo estabelecido com a equipe de enfermagem, identificou-se que os participantes o percebem, por meio da segurança que o profissional passa para os familiares e da aproximação dos mesmos. Foi destacado pelos participantes que a subjetividade do profissional da enfermagem e sua satisfação no trabalho, interfere no processo de vinculação. Desta forma, percebeu-se que mesmo com o movimento de mudança na prestação do cuidado integral por parte da equipe de enfermagem, os participantes percebem a vinculação com viés assistencialista.

Quanto à identificação das implicações do vínculo para o reestabelecimento de saúde, observou-se que os familiares percebem que o vínculo com a equipe de enfermagem resulta na execução dos procedimentos técnicos de forma mais humanizada, tendo como consequência a recuperação mais rápida da pessoa hospitalizada. Foi destacado pelos participantes, que o vínculo entre familiar

hospitalizado e familiar acompanhante transmite segurança e deixa o familiar internado mais confiante para o enfrentamento da hospitalização. Sendo destacada também a compreensão de que o bom relacionamento entre os membros da equipe de enfermagem tem impactos positivos acerca da recuperação do familiar hospitalizado. Tais percepções remetem que o profissional da enfermagem precisa estar vinculado com familiar hospitalizado e familiar acompanhante para que, então, preste atendimento humanizado e acolhedor. Entretanto, a postura ética, acolhedora e humanizada está prevista pela PNH a todos os profissionais de saúde.

O método desenvolvido nesta pesquisa mostrou-se satisfatório na obtenção dos dados, pois por meio do instrumento de coleta de dados, foi possível identificar a percepção dos participantes acerca das características do acolhimento prestado pela equipe de enfermagem. A disponibilidade dos enfermeiros chefes de cada ala, do Hospital Geral estudado, na indicação dos familiares para a participação da presente pesquisa, bem como a disponibilidade da maioria dos participantes em participar, mostrou-se como elementos facilitadores para a realização da presente pesquisa. Como dificuldade encontrou-se a recusa de um familiar acompanhante em ausentar-se do leito, tendo em vista que seu familiar hospitalizado encontrava-se em fase terminal.

Espera-se, com a realização desta pesquisa, contribuir para maior visibilidade ao acolhimento prestado aos familiares de pessoas hospitalizadas, tendo em vista que existem poucas produções científicas acerca desta temática. Sendo assim, sugere-se novas produções científicas acerca da percepção de familiares acompanhantes em ambiente hospitalar, sobre o cuidado dispensado a eles por parte dos profissionais de saúde, e que a Psicologia, como Ciência e Profissão, possa contribuir para a produção de conhecimento e para a melhoria no atendimento prestado ao meio social de pessoas hospitalizadas.

## REFERÊNCIAS

ANGERAMI-CAMON, Valdemar Augusto. **Urgências psicológicas no hospital**. São Paulo: Pioneira Thomson, 1998. 211 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

ALMEIDA, Andreza Santos *et al.* Sentimentos dos familiares em relação ao paciente internado na unidade de terapia intensiva. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 62, n. 6, p. 844-849, dez. 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: 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. Acolhimento nas práticas de promoção de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL, Conselho Nacional de Secretária de Saúde. SUS: avanços e desafios. Brasília: CONASS, 2007.

BUENO, WS. Merhy, EE. Franco, T B. (1999). O Acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG). Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro.

CAMPOS, Terezinha Calil Padis. **Psicologia Hospitalar: a atuação do psicólogo em hospitais.** São Paulo: EPU, 1995.

CAMPOS; Wagner de Souza. MINAYO; Maria Cecília de Souza. AKERMAN; Marco. JUNIOR; Marcos Drumond. CARVALHO; Yara Maria de. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fio Cruz, 2007.

COSTA; Roberta. KLOCK; Patrícia. LOCKS; Melissa Orlandi Honório. Acolhimento na unidade neonatal: Percepção da equipe de enfermagem. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2012.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira; MERHY, Emerson Elias. **Inventando a mudança na saúde.** 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 1997. 334 p. (Saúde em debate. Série didática) ISBN 85-271-0026-6.

ELSEN; Ingrid. PENNA; Claudia Maria de Matos.BUB, Lydia Igenes Rossi; ALTHOFF, Coleta Rinaldi. PATRICIO; Zuleica Maria. **Marcos para a prática de enfermagem com famílias.** Florianópolis: UFSC, 1994. 195 p.

FRANCO, Túlio Batista (2012). Acolhimento: algumas perguntas e algumas respostas. Entrevista gravada em vídeo – Diretoria da Atenção Básica. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=TKLFYFfapaQ>. Acesso em: 20 de maio de 2015.

FRANCO; Túlio Batista. MERHY; Emerson Elias. Cartografias do trabalho em saúde. Rev Tempus Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: [http://www.observasmjc.uff.br/psm/uploads/Cartografias\\_do\\_Trabalho\\_e\\_Cuidado\\_em\\_Sa%C3%BAde.pdf](http://www.observasmjc.uff.br/psm/uploads/Cartografias_do_Trabalho_e_Cuidado_em_Sa%C3%BAde.pdf). Acesso em: 08 de novembro de 2015

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder.** Rio de Janeiro: Edições Graal, 1989. 8 ed.

FRIZON G, Nascimento ERP, Bertoncetto KCG, Martins JJ. Familiares na sala de espera de uma unidade de terapia intensiva: sentimentos revelados. Rev Gaúcha Enferm, Porto Alegre (RS) 2011 mar; 32(1):72-8.

ITO; Elaine emi. PERES; Aida Maris. TAKAHASHI; Regina Toshie. LEITE; Maria Madalena Januário. O ensino de enfermagem e as diretrizes curriculares nacionais: utopia x realidade. *Rev Esc Enferm USP* 2006; 40(4):570-5.

GUEDES, Maria Vilani Cavalcante; HENRIQUES, Ana Ciléia Pinto Teixeira and LIMA, Morgama Mara Nogueira. **Acolhimento em um serviço de emergência: percepção dos usuários.** *Rev. bras. enferm.* [online]. 2013, vol.66, n.1, pp. 31-37. ISSN 0034-7167.

JUNGES; Jose Roque. BARBIANI; Rosangela. FERNANDES; Raquel Brondisia Panizzi. PRUDENTE; Jessica. SCHAEFER; Rafaela. **O Discurso dos Profissionais Sobre a Demanda e a Humanização.** *Rev Saúde e Sociedade.* São Paulo, v.21, n.3, p.686-697, 2012.

KUJAWA, Henrique; Both, Valdevir; Brutscher, Volmir. (2003): *Direito à saúde com controle social.* Passo Fundo: CEAP.

MITRE, Sandra Minardi; ANDRADE, Eli Iola Gurgel and COTTA, Rosângela Minardi Mitre. **Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil.** *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2012, vol.17, n.8, pp. 2071-2085. ISSN 1413-8123.

TAKEMOTO, Maíra Libertad Soligo and SILVA, Eliete Maria. **Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil.** *Cad. Saúde Pública* [online]. 2007, vol.23, n.2, pp. 331-340. ISSN 0102-311X.

PEREIRA, Alessandra Barbosa e FERREIRA NETO, João Leite. **Processo de implantação da política nacional de humanização em hospital público.** *Trab. educ. saúde* [online]. 2015, vol.13, n.1, pp. 67-88. Epub 12-Dez-2014. ISSN 1981-7746.

PROCHNOW, AG, Santos JLG, Pradebon VM, Schimith MD. **Acolhimento no âmbito hospitalar: perspectivas dos acompanhantes de pacientes hospitalizados.** *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre (RS) 2009 mar;30(1):11-8.

RAIMUNDO, Jader Sebastião and CADETE, Matilde Meire Miranda. **Escuta qualificada e gestão social entre os profissionais de saúde.** *Acta paul. enferm.* [online]. 2012, vol.25, n.spe2, pp. 61-67. ISSN 1982-0194.

ROSA, Raquel Borba; PELEGRINI, Alisia Helena Weis and LIMA, Maria Alice Dias da Silva. **Resolutividade da assistência e satisfação de usuários da Estratégia Saúde da Família.** *Rev. Gaúcha Enferm. (Online)* [online]. 2011, vol.32, n.2, pp. 345-351. ISSN 1983-1447.

ROMANO, Bellkiss Wilma. **Princípios para a prática da psicologia clínica em hospitais.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

ROSA RB, Pelegrini AHW, Lima MADS. **Resolutividade da assistência e satisfação de usuários da Estratégia Saúde da Família.** Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2011 jun;32(2):345-51.

SEGRE, Marco and FERRAZ, Flávio Carvalho. **O conceito de saúde.** Rev. Saúde Pública [online]. 1997, vol.31, n.5, pp. 538-542. ISSN 0034-8910.

SAES, Sandra de Oliveira; RAYS, José; GATTI, Márcia Ap. Nuevo. Acolhimento, alteridade e estratégia saúde da família. *Salusvita*, Bauru, v. 30, n. 3, p. 203-214, 2011.

SENA-CHOMPRÉ, Roseni Rosângela de; EGRY, Emiko Yoshikawa. **A enfermagem no projeto UNI: redefinindo um novo projeto político para a enfermagem brasileira.** São Paulo: Hucitec, 1998. 189 p.

SCHNEIDER, Dulcinéia Ghizoni et al. **Acolhimento ao paciente e família na unidade coronariana.** Texto contexto - enferm. [online]. 2008, vol.17, n.1, pp. 81-89. ISSN 1980-265X.

SULZBACHER, Sulzbacher; RECK, Anelise Vieira; STUMM, Fernandes Eniva Miladi; HILDEBRANDT, Leila Mariza. **O enfermeiro em Unidade de Tratamento Intensivo vivenciando e enfrentando situações de morte e morrer.** Scientia Médica, Porto Alegre, v. 19, n. 1, p. 11-16, jan./mar. 2009.

Martins JJ, Nascimento ERP, Geremias CK, Schneider DG, Schweitzer G, Mattioli Neto H. **O acolhimento à família na Unidade de Terapia Intensiva: conhecimento de uma equipe multiprofissional.** Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2008;10(4):1091-101. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a22.htm>.

MARTINS, C.C. Análise do Processo de Acolhimento em Unidades Básicas de Saúde em Minas Gerais tendo por referência o Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde [Dissertação de Mestrado] Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, 2012.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde: cartografia do trabalho vivo em ato.** São Paulo: Hucitec, 2002 189 p. (Coleção saúde em debate ; 145) ISBN 8527105802.

MOREIRA, Débora de Araujo. Grupo sala de espera na unidade de terapia intensiva: acolhimento dos familiares pela enfermeira. Dissertação (Mestrado em enfermagem)-Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2011.

OLIVEIRA, Denize Cristina de; GOMES, Antonio Marcos Tosoli; ACIOLI, Sonia and SA, Celso Pereira de. **O Sistema Único de Saúde na cartografia mental de profissionais de saúde.** Texto contexto - enferm. [online]. 2007, vol.16, n.3, pp. 377-386. ISSN 1980-265X.