

Artigo original

Atendimento recebido pelos familiares ao terem um ente querido assistido na sala de urgência e emergência hospitalar

Aldaíza Ferreira Antunes Fortes, M.Sc.* , Ana Maria Nassar Cintra Soane, M.Sc.** ,
Marta Vieira Tenório Sales*** , Tatiana Oliveira da Silva****

*Enfermeira, Docente da disciplina Estágio Supervisionado do Curso de Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem Wenceslau Braz (EEWB), Responsável pelo Setor de Pesquisa e Estudos Acadêmicos da EEWB, Minas Gerais, **Enfermeira, Coordenadora do Departamento de Ensino e Pesquisa da EEWB, ***Enfermeira, Docente da disciplina Estágio Supervisionado do Curso de Graduação em Enfermagem, Coordenadora do Curso Técnico em Enfermagem da EEWB, ****Especialista em Saúde da Família, Especialista em Urgência e Emergência, Enfermeira RT da Estratégia Saúde da Família Terras Altas de Marmelópolis/MG*

Texto construído a partir do Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Enfermagem em Urgência e Emergência, Escola de Enfermagem Wenceslau Braz (EEWB), Itajubá/MG.

Resumo

Estudo exploratório-descritivo, de abordagem qualitativa, realizado com o objetivo de conhecer as percepções dos familiares acerca do atendimento que receberam da equipe médica e de enfermagem, quando tiveram um ente querido assistido na sala de urgência e emergência de instituições hospitalares da cidade de Itajubá/MG. A amostra foi constituída por dez familiares de pacientes que foram assistidos na sala de urgência e emergência das instituições em questão. O tipo de amostragem foi a intencional. Da análise dos dados verificamos que 50% referem *satisfação* com o atendimento recebido, estando diretamente relacionado com a agilidade no atendimento ao paciente, com o fornecimento de informações rápidas e com o esclarecimento de dúvidas pelas equipes de saúde. Destes, 20% tiveram privilégios no atendimento recebido. Os 50% dos entrevistados que referem *insatisfação* alegam falta de atenção, sensibilização e humanização dos profissionais de saúde, dando sugestões na melhora do atendimento.

Palavras-chave: percepção, assistência à saúde, serviços médicos de urgência.

Artigo recebido em 10 de março de 2011; aceito em 2 de agosto de 2011.

Endereço para correspondência: Aldaíza Ferreira Antunes Fortes, Rua Zequinha Luiz, 29 Bairro Varginha, 37501-074 Itajubá MG, Tel: (35) 3622-3148, E-mail: aldaizafortes@yahoo.com.br

Abstract

Care received of health professionals when a loved one is in a hospital emergency room: perception of family members

This exploratory and descriptive study of qualitative approach was carried out aiming at knowing family perceptions related to care received of medical and nursing staff when they had a loved one assisted in emergency room in hospitals of Itajubá/MG. The sample consisted of ten family members of patients who were assisted in hospital's emergency room of Itajubá. It was an intentional sampling. Data analysis found that 50% reported satisfaction with the attention received and that it is due to agility in patient care, providing quick information and clarifications of doubts by health staff. Of these, 20% had received privileges in attendance. The 50% of respondents who reported dissatisfaction alleged lack of attention, awareness and humanization of health professionals, and gave suggestions for improving service.

Key-words: perception, health care delivery, emergency medical service.

Resumen

Atención recibida por los profesionales de salud cuando un familiar se encuentra en unidad de urgencias hospitalaria: percepción de los familiares

Estudio exploratorio-descriptivo con enfoque cualitativo, realizado con el objetivo de conocer las percepciones de los familiares acerca de la atención recibida, del personal médico y de enfermería, cuando tuvieron a un ser querido en unidad de urgencias hospitalarias de la ciudad de Itajubá, Minas Gerais. La muestra fue compuesta de diez familiares de pacientes que recibieron atención en las unidades de urgencias de las instituciones en cuestión. El tipo de muestreo fue intencional. El análisis de datos reveló que el 50% se declararon satisfechos con la atención recibida y que se relaciona directamente con la rapidez en la atención al paciente, proporcionando información rápida y esclarecimiento de dudas por el personal de salud. De estos, 20% habían recibido privilegios en la atención. El 50% de los encuestados que no estaban satisfechos alegan la falta de atención, la sensibilización y humanización de los profesionales de la salud, y ofrecen sugerencias para mejorar la calidad de la atención.

Palabras-clave: percepción, prestación de atención de salud, servicios médicos de urgencia.

Introdução

O serviço de urgência e emergência hospitalar é a porta de entrada para os demais setores de atendimento e de internação do hospital. É para ele que os pacientes em risco iminente de morte, em descompensação orgânica e, em sofrimento intenso, são encaminhados pelos serviços de atendimento móvel de urgência, pelos bombeiros, pelas ambulâncias de unidades básicas e, algumas vezes, por seus familiares.

O Conselho Federal de Medicina em sua Resolução nº 1.451, de 10 de março de 1995 [1], estabelece que:

“Urgência é a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata. Já a emergência é a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco eminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato”.

O conceito de urgência difere de quem o percebe ou sente, assim:

- Para os usuários e seus familiares, pode estar associado a uma ruptura de ordem do curso de vida. É do imprevisto que tende a vir à urgência: “*eu não posso esperar*”.
- Para o médico, a noção de urgência repousa não sobre a ruptura, mas sobre o tempo relacionado com o prognóstico vital em certo intervalo: “*ele não pode esperar*”.
- Para as instituições, a urgência corresponde a uma perturbação da sua organização, é “*o que não pode ser previsto*” [2,3].

Devemos assegurar da relatividade destes conceitos, uma vez que, necessitamos ter uma visão, não apenas, singular do que vem a ser um atendimento de urgência, e sim, considerar este conceito em todos os seus aspectos e percepções, principalmente, os relacionados aos familiares.

É importante considerar que a família se faz presente no momento considerado urgente, e que

dessa forma, também, necessita de cuidados e de uma assistência que amenize o sofrimento inicial e lhe dê força para viver tal situação de forma orientada, digna e humana.

Atender às necessidades dos familiares é uma das responsabilidades da equipe de saúde. A avaliação cuidadosa destas necessidades fornece subsídios importantes para a melhoria da compreensão, da satisfação e da capacidade para participar nas decisões relacionadas ao cuidado de alguém, que, na maioria das vezes, não poderá decidir por si próprio [3].

O familiar frente a uma situação de risco iminente de morte de seu ente querido, fica extremamente desestruturado, necessitando também de cuidados e de uma atenção especial.

“Cuidar da família, ainda que seja um desafio, é considerar o homem dentro do novo paradigma, não só atendendo-o na concepção holística, mas, também, o entendendo inserido dentro de uma família que lhe proporciona meios e condições de autocuidar-se e, de cuidar dos demais membros da mesma, devido aos aspectos sócio-culturais que fortemente a ancoram” [4].

A angústia e a ausência de informações aos familiares são fontes de tensão na unidade de emergência. Assim, estamos diante de uma situação de extrema tensão psicológica, não só para o paciente e profissional, mas, principalmente, para a família que tem um ente querido internado em um serviço de urgência/emergência e que não possui segurança em relação à sobrevivência de seu familiar [5].

É fácil nos colocarmos na situação em que se encontra essa família, já que a maior parte das pessoas passou por essa experiência de dor e insegurança e, sendo assim, é possível imaginarmos os sentimentos vivenciados por ela. Porém, quando nos colocamos do outro lado, da posição profissional, muitas das vezes, motivados pela situação de risco iminente de morte, nos esquecemos de estender a nossa mão e o nosso coração a extensão do cliente que ficou do “lado de fora”.

É necessário dispensar uma parte do tempo para ouvir as dúvidas, anseios, medos, críticas dos familiares, bem como orientá-los e esclarecê-los sobre seus tormentos e inquietações, para que se consiga realizar um atendimento holístico e humanizado.

Faz parte do atendimento humanístico e holístico estender a atenção e o cuidado à unidade

familiar, visto que, também, existe uma preocupação, quando possível, por parte do paciente em relação aos seus familiares que ficaram aguardando-o e, também, um desejo de tê-los ao seu lado, como medida de segurança e conforto.

Após estas considerações, apresentamos como pergunta de pesquisa: o que os familiares pensam acerca do atendimento que receberam, da equipe médica e de enfermagem, quando tiveram um ente querido assistido na sala de urgência e emergência hospitalar?

Ante o exposto, o presente estudo tem como objetivo conhecer as percepções dos familiares acerca do atendimento que receberam, da equipe médica e de enfermagem, quando tiveram um ente querido assistido na sala de urgência e emergência de instituições hospitalares da cidade de Itajubá, Minas Gerais.

Material e métodos

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo exploratório-descritiva e transversal, realizada com dez familiares que tiveram um ente querido assistido na sala de urgência e emergência de duas instituições hospitalares da cidade de Itajubá/MG.

A escolha dos integrantes foi a partir de pesquisa documental, realizada no Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) das instituições de saúde supramencionadas, onde buscamos, no livro de registro, clientes que foram assistidos na sala de urgência e emergência do Pronto Socorro, num período retrógrado de até três meses, a contar da data de investigação destes prontuários, previamente autorizada pelos diretores destes hospitais. O tipo de amostragem foi intencional.

Iniciamos a coleta de dados somente após a aprovação, do Comitê de Ética em Pesquisa, da Escola de Enfermagem Wenceslau Braz, conforme parecer substanciado nº 343/2009. Ela ocorreu por meio de um roteiro de entrevista semiestruturada constituído por duas partes, sendo a primeira referente às características pessoais dos participantes e a segunda abordou duas questões abertas relacionadas com o objetivo do estudo.

Antes da utilização definitiva, deste roteiro, foi realizado um pré-teste, com três familiares de pacientes atendidos na sala de urgência e emergência de duas instituições hospitalares, sendo que eles não fizeram parte da amostra deste estudo.

O pré-teste serviu para identificar três importantes elementos: fidedignidade, validade e operatividade [6]. Após sua realização, averiguamos que era necessário alterarmos as duas questões abertas da segunda parte do roteiro de entrevista semiestruturada.

As entrevistas ocorreram no período de agosto a setembro de 2009 e foram gravadas em fitas cassetes, as quais, após a transcrição dos dados, foram destruídas.

Os dados coletados foram transcritos conforme os critérios metodológicos, permitindo a fidedignidade das informações colhidas. Em seguida, foram analisados e interpretados por meio da análise do conteúdo [7].

A análise de conteúdo é a técnica mais difundida, para investigar o conteúdo das comunicações, mediante a classificação, em categorias, dos elementos da comunicação. Consiste na descoberta dos núcleos de sentido que compõem uma comunicação, de forma que a presença ou frequência seja significativa, para o objetivo analítico visado [7].

Preservou-se a confidencialidade e o anonimato de todos os participantes da pesquisa, utilizando a codificação F1 para familiar um, F2 para familiar dois e, assim por diante, conforme o número de entrevistados.

Durante todas as etapas do estudo, foram atendidas, criteriosamente, as recomendações expressas na Resolução Nº. 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, concernentes à realização de pesquisas com seres humanos [8].

Resultados e discussão

Em relação aos dados característicos dos participantes da pesquisa, seis eram do sexo feminino e quatro do sexo masculino; houve variação entre todas as idades, sendo que o respondente mais novo tinha 23 anos e o mais velho 79 anos; ocorreu predominância da religião católica com 90%, sendo 10% evangélicos.

Quanto à profissão, dois participantes eram aposentados e duas do lar, sendo o restante, diarista, montador de equipamento elétrico, professora, operador de máquina, comerciante e estudante.

De acordo com a escolaridade dos entrevistados, três pessoas eram semianalfabetas, três pessoas possuíam o ensino fundamental incompleto, uma pessoa possuía ensino médio completo, uma pessoa possuía o ensino superior completo e uma pessoa possuía ensino superior incompleto.

Em relação ao grau de parentesco do entrevistado com o ente querido, três eram esposas, duas filhas, um neto, um filho, um bisneto, um irmão e um esposo.

Quatro pacientes receberam atendimento imediato, três esperaram cinco minutos, um esperou quinze minutos, um teve que aguardar vinte minutos e um aguardou trinta minutos. Quanto à evolução clínica do paciente após o atendimento que recebeu na sala de urgência e emergência hospitalar, seis pacientes receberam alta hospitalar após períodos variáveis de tempo e quatro pacientes evoluíram para óbito.

Ao analisarmos os dados da primeira questão aberta “*Fale para mim, como foi o atendimento que você recebeu, da equipe médica e de enfermagem, ao ter um ente querido assistido na sala de urgência e emergência?*” evidenciamos 14 categorias: bom, atencioso; com esclarecimento de dúvidas e fornecimento periódico de informações do ente querido pelo médico; com questionamentos, referentes ao ente querido, feitos pelo médico; com esclarecimento de dúvidas pelos médicos e enfermeiros; com permissão para acompanhar o ente querido dentro da sala de urgência e emergência; ruim, desatencioso, desesperador e com falta de sensibilização profissional; sem contato com a equipe médica e de enfermagem; com demora na aquisição de informações; com informação de óbito do ente querido repassada pelo familiar; com excesso de solicitação de dados do ente querido pelo recepcionista; com fornecimento de informações do ente querido por terceiros; sem contato com a equipe de enfermagem; com aquisição de informações pelo médico, após a morte do ente querido; sem permissão para acompanhar o ente querido dentro da sala de urgência e emergência.

Na categoria *bom e atencioso* podemos perceber que para os familiares a rapidez na aquisição de informações constitui um fator importante na avaliação da qualidade do serviço prestado. Isso é sinalizado nos seguintes depoimentos:

“ [...] eu também fui bem tratado, me deu atenção [...]”. (F1).

“Eu fui muito bem tratada, bem atendida lá também [...]”. (F2).

O atendimento é o fator mais poderoso nas organizações prestadoras de serviços médicos e representa publicamente a empresa e a ela é confia-

do o bem corporativo mais importante: o cliente/paciente [9]. “Para a boa qualidade do atendimento de saúde, dar atenção às preocupações dos clientes é tão importante quanto à competência técnica” [10].

Observamos na categoria *com esclarecimento de dúvidas e fornecimento periódico de informações do ente querido pelo médico* que os entrevistados enfatizam a figura médica, sem fazer alusão à equipe de enfermagem no que tange ao fornecimento de informações aos familiares dos entes queridos assistidos na sala de urgência e emergência hospitalar, como demonstram os relatos:

“No meu caso, o médico esclareceu a dúvida que eu tinha, ele chegou e falou o que o meu avô tinha [...]”. (F1).

“[...] o médico saiu lá fora para dar notícia para gente.” (F6).

“A informação tanto cresceu em importância que gerou o dever do médico não só de prestá-la como também de comprovar o seu fornecimento” [11].

Diante do exposto, fica evidente a necessidade e a importância do diálogo e do fornecimento de informações aos familiares, como parte imprescindível do processo de trabalho do profissional médico.

Examinando a categoria, *com questionamentos, referentes ao ente querido, feitos pelo médico*, evidenciamos que, apenas, um participante referiu ser questionado pelo médico a respeito de questões referentes ao ente querido, ou seja, 10% dos entrevistados tiveram a oportunidade de fornecer dados clínicos e pessoais do paciente ao profissional médico. Diante de tal constatação e cientes de que uma boa anamnese é fundamental para o esclarecimento do diagnóstico e da qualidade do atendimento prestado, surge um questionamento: qual o valor que os profissionais de saúde dão para a coleta de dados? Isso é expresso na fala a seguir:

“[...] ele (médico) chegou e falou o que o meu avô tinha, e só quis saber quais medicamentos que ele tomava [...]”. (F1).

Além da importância incontestável ao diagnóstico, a coleta dos dados anamnéticos permitirá estabelecer uma empatia entre os comunicantes, fundamental para a boa relação médico-familiar [12].

Interpretando a categoria *com esclarecimento de dúvidas pelos médicos e enfermeiros* verificamos que os integrantes ficam satisfeitos quando recebem um atendimento adequado da equipe médica juntamente com a de enfermagem, porém, não tem o conhecimento de qual categoria pertence o membro da equipe de enfermagem, referindo de forma genérica como “o enfermeiro”, como é registrado nos enunciados:

“Lá, também, os médicos e enfermeiros esclareciam para mim, vinha dando notícia para mim como ele estava, tudo certinho.” (F2).

“[...] a equipe médica e de enfermagem deixaram eu ficar lá dentro e me mantiveram informada”. (F3).

O familiar, também, deve ser considerado como usuário do sistema de saúde, já que acompanha o seu ente querido e depende diretamente das ações realizadas durante o atendimento dele, principalmente no que tange ao conforto de questões subjetivas, como os sentimentos de medo, insegurança, desespero diante da situação de doença vivenciada.

É dever e responsabilidade do profissional de enfermagem prestar adequadas informações à família a respeito dos direitos, riscos, benefícios e intercorrências acerca da Assistência de Enfermagem [13].

Na categoria, *com permissão para acompanhar o ente querido dentro da sala de urgência e emergência*, constatamos que em alguns casos houve privilégio, no que se refere ao acompanhamento do ente querido dentro da sala de urgência e emergência, para aqueles familiares que tinham alguma espécie de ligação com a entidade hospitalar. Isto possibilitou que o atendimento fosse diferenciado, com benefícios negados aos outros familiares:

“Na hora que a gente chegou lá foi assim, foi atendido bem, então como eu falei, por eu ter sido funcionária lá, ter trabalhado lá 10 anos, eu creio que por isso eles, equipe médica e de enfermagem, deixaram eu ficar lá dentro e me mantiveram informada [...]”. (F3).

“[...] eu me identifiquei com a recepcionista como estudante de medicina. Entrei e fui falar com o plantonista sobre o quadro que minha vó estava e de imediato ele pediu

que entrasse com ela na sala de observação [...]” (F9).

É de responsabilidade e dever do profissional enfermeiro exercer a profissão com justiça e equidade. Estes dois princípios não permitem que existam privilégios e benefícios no atendimento oferecido aos usuários do serviço de saúde, tampouco que neguem atenção aos menos favorecidos [13].

Compreendendo a categoria *ruim, desatencioso, desesperador e com falta de sensibilização profissional*, notamos que os profissionais de saúde são responsáveis pelo surgimento de sentimentos negativos nos familiares, bem como percepções de desumanização no atendimento causado pela má qualidade do serviço prestado, como expressam as falas:

“Eu acho que eu deveria ter sido atendida com mais dedicação [...]” (F4).

“Ah, foi péssimo..... eu não fui bem atendida... eles não me deram atenção [...]”. (F5).

[...] Eu sentia muito pânico, desespero, os profissionais envolvidos no atendimento da minha mãe não se sensibilizaram de ver o sofrimento da gente. (F7).

“Foi ruim... Achei desumano o atendimento.” (F10).

É necessário que o profissional seja empático em sua vivência de urgência e emergência e dedique um tempo a imaginar-se naquela situação de desespero e a oferecer um atendimento humanizado como gostaria de receber caso estivesse na condição de familiar de um ente querido hospitalizado.

Na categoria *sem contato com a equipe médica e de enfermagem* podemos perceber o descaso dos profissionais com o familiar do cliente, estando apenas voltado para o atendimento do paciente, não estendendo esse cuidado ao familiar, que desumanamente aguarda por informações de profissionais não comprometidos com a extensão do atendimento e com a qualidade da assistência prestada como um todo, como demonstram os relatos:

“Olha, foi ruim, de enfermagem eu não tive contato nenhum com o enfermeiro, nem tampouco com o médico.” (F5).

“[...] mas ninguém saía lá fora pra dar informação, nem médico e nem enfermeiro.” (F8).

A falta de informação realmente é o fator mais angustiante vivenciado pelos familiares de entes queridos assistidos na sala de urgência e emergência. Para o profissional de saúde, um familiar é apenas mais um indivíduo ansioso em meio a tantos atendimentos diários realizados e, na maioria das vezes, nem sequer lembra-se desse cliente que fica do lado de fora; mas, para o familiar, o atendimento recebido fica marcado e registrado nas profundezas de sua emoção.

Interpretando a categoria *com demora na aquisição de informações* evidenciamos que o profissional médico e de enfermagem não se preocupa em manter os familiares informados sobre a evolução clínica do estado do paciente, seja por falta de tempo, falta de funcionários, excesso de trabalho ou por falta de empatia e sensibilidade profissional. Isso é sinalizado nos seguintes depoimentos:

“[...] ela entrou por volta de meio dia a uma hora, e eu só fui vê-la às três horas, e, durante esse período, ninguém me deu informação [...]” (F7).

“[...] mas ninguém saía lá fora pra dar informação... porque ninguém dava notícia, a gente falava para o pessoal da recepção, mas eles não falavam nada. Aí o médico chegou e falou que ele tinha morrido depois de eu estar meia hora parado lá [...]” (F8).

A insatisfação dos usuários manifesta-se, em especial, pelo fato de muitas vezes não obterem do médico/enfermeiro informação suficiente sobre o seu problema [10].

Na categoria *com informação do óbito do ente querido repassada pelo familiar* percebemos que o médico é uma figura fundamental no momento do luto familiar. É dele que a família espera por notícias claras, sinceras e também por amparo emocional. A ausência deste profissional no momento da notícia do óbito configura a mais falta de sensibilização, humanização e compromisso com o sofrimento alheio. Isso é descrito na fala a seguir:

“[...] a minha filha contou que a minha esposa tinha falecido, pois o médico já tinha

falado pra minha filha sozinha, antes que o porteiro permitisse que eu entrasse. Ela me deu a notícia.” (F5).

O médico deve ser capaz de enfrentar as reações emocionais dos familiares, tais como tristeza, raiva, culpa e autoacusação, ficando a disposição, oferecendo carinho, empatia, enfim presença [14].

Analisando a categoria *com excesso de solicitação de dados do ente querido pelo recepcionista* verificamos que esta situação realmente causa certo desconforto no familiar, pois no momento de desespero, o que se deseja é que o ente querido seja atendido com rapidez, dando prioridade a gravidade do quadro clínico dele. Isso é sinalizado no seguinte depoimento:

“Eu fiquei parada na recepção, os meninos da recepção pediram documentos dela, data de nascimento, idade dela, eu não lembrava a data de nascimento naquela hora. Porque eles querem saber dos documentos? Tinham que ver isso depois [...]”. (F8).

É necessário que a recepção do hospital esteja mais voltada para a qualidade do acolhimento das pessoas, devendo ser feitas por pessoas capacitadas e competentes, deixando as rotinas administrativas em segundo plano [15].

Analisando a categoria *com fornecimento de informações do ente querido por terceiros* observamos que os dados obtidos por terceiros nem sempre são fidedignos e pode gerar sentimentos controversos a real situação do paciente:

“[...] a gente encontrou com uma médica amiga... então, todo o retorno, toda informação que a gente teve foi baseado nessa médica que tava lá e na residente, também, que estava lá e que formou junto com a minha filha. Porém, as duas não estavam cuidando dele. Elas estavam em outros lugares dentro do hospital.” (F7)

“O rapaz que ficava lá na recepção dizia que ele estava sendo atendido, mas ninguém saía lá fora para dar informação [...]”. (F8)

As informações obtidas pelos familiares necessitam ser repassadas pela equipe que está atuando diretamente no cuidado do paciente, pois é ela que tem ciência do estado clínico dele e o dever

ético e moral de fornecer informações periódicas aos familiares do cliente em situação de urgência e emergência.

Na categoria *sem contato com a equipe de enfermagem* verifica-se que além da falta de contato, percebe-se que a figura do enfermeiro não é um fator de observância dos familiares, visto que não relataram a ausência de informação por este profissional:

“A equipe de enfermagem eu nem vi.” (F7)

A enfermeira deve atuar em todas as frentes de trabalho, articular, supervisionar, controlar as dinâmicas de trabalho no serviço entre outros e, principalmente, não se esquecer de interrelacionar com os usuários no atendimento em saúde [16].

Observamos na categoria *com aquisição de informações pelo médico, após a morte do ente querido* que o sofrimento se faz presente diante da falta de informação e principalmente quando esta vem acrescida da notícia de óbito. Isso é sinalizado no seguinte depoimento:

“Aí o médico chegou e falou que ele tinha morrido depois de eu estar meia hora parado lá [...]”. (F8)

A ausência de informações suficientes aos pacientes ou seus representantes legais, sobre riscos ou resultados, visando a uma expectativa de cura, pode caracterizar infração ética ou legal. Dessa forma, o dever de informação já se consagra como um valor em si na ética brasileira [11].

A categoria *sem permissão para acompanhar o ente querido dentro da sala de urgência e emergência* demonstra que estar ao lado do ente querido proporciona uma tranquilidade emocional ao familiar e que o afastamento dele faz agravar o momento de dor vivenciado pelo familiar. Isso é demonstrado na fala a seguir:

“[...] a médica falou que eu não podia ficar acompanhando, aí eu saí e fui para fora [...]”. (F10).

É necessário avaliar cada situação e, diante da gravidade do caso, permitir que o familiar permaneça ao lado de seu ente querido, ao menos que seja após o atendimento primário, como forma de tranquilizá-lo e de oferecer ao paciente um apoio emocional e segurança pela presença de seu familiar,

contribuindo para a redução dos fatores emocionais e restabelecimento de sua saúde.

Ao analisarmos as respostas dos entrevistados referentes à segunda questão aberta: “*Você acha que o atendimento que recebeu deveria ter acontecido de outra forma? Por quê?*” verificamos que 50% responderam *não*, ou seja, que o atendimento recebido não deveria ter acontecido de outra forma e 50% responderam *sim*, ou seja, que o atendimento recebido deveria ter ocorrido de outra forma, propondo sugestões para este atendimento.

Da análise das justificativas dos entrevistados que responderam NÃO, emergiram as seguintes categorias:

1. Pelo atendimento fornecido pelo médico;
2. Pelo atendimento recebido dos profissionais de saúde;
3. Pelo esclarecimento do quadro clínico do ente querido pela equipe médica e de enfermagem.

A categoria *pelo atendimento fornecido pelo médico* elucida a importância e a valorização da figura médica para o familiar no que tange ao atendimento recebido, como nos mostra as falas:

“Eu não tenho nada a reclamar, pois o médico esclareceu as dúvidas que eu tinha e me deu atenção.” (F1)

“[...] o médico foi lá fora, lá no corredor, e falou para mim que não era grave [...]” (F2)

A boa relação médico-família melhora a qualidade do atendimento e proporciona uma satisfação para o familiar, contribuindo para a redução dos sentimentos que os atormenta como ansiedade, medo e angústia.

Analisando a categoria *pelo atendimento recebido dos profissionais de saúde* notamos que alguns familiares não classificam a categoria dos profissionais de saúde, não fazendo referência ao médico, enfermeiro, técnico de enfermagem etc. Eles generalizam a classe profissional, seja por falta de informação, conhecimento ou por identificação do profissional por crachá ou verbal. Essa categoria é percebida nos seguintes relatos:

“Para mim, o atendimento foi ótimo, a atenção foi muito boa”. (F2)

“[...] então a gente foi bem atendido [...]” (F3)

Conhecer as necessidades e as expectativas dos familiares é parte fundamental não só na melhora da qualidade e humanização do atendimento, como, também, é responsabilidade da equipe diminuir o processo doloroso que envolve ter um ente querido internado [17].

Interpretando a categoria *pelo esclarecimento do quadro clínico do ente querido pela equipe médica e de enfermagem* detectamos que apenas 10% dos entrevistados fizeram referência ao atendimento recebido em conjunto, da equipe médica e de enfermagem, como nos mostra a fala a seguir:

“[...] os médicos e enfermeiros me esclareceram do caso dele.” (F3).

Para os clientes, a qualidade do atendimento de saúde está ligada, sobretudo, ao tipo de interação que eles têm com os profissionais de saúde e, em nível mais básico, a qualidade está associada ao fato dos clientes receberem os serviços que realmente procuram [10].

Ao analisarmos as respostas dos 50% dos familiares que relataram insatisfação com o atendimento recebido, dizendo SIM, ou seja, que o atendimento recebido deveria ter ocorrido de outra forma, averiguamos que eles propuseram sugestões para melhoria deste atendimento. Desta análise surgiram as seguintes categorias:

1. Com menos burocracia;
2. Com mais preparo, atenção e dedicação dos profissionais envolvidos no atendimento;
3. Com acompanhamento do familiar dentro da sala de urgência e emergência hospitalar;
4. Com o óbito do ente querido sendo notificado para todos os familiares juntos;
5. Que tivesse um agente de saúde responsável no repasse de informações;
6. Com repasse ágil e periódico de informações do ente querido;
7. Com humanização no atendimento.

Na análise da categoria *com menos burocracia* notamos que a priorização da coleta de dados pessoais do cliente no momento da chegada, no pronto-atendimento, é um fator gerador de tensão e estresse no familiar:

“Em minha opinião, acho que se chegou e falou, olha a pessoa e está passando mal, entra com ele e faz a ficha dele depois. É muita burocracia.” (F4)

No momento da chegada do paciente ao hospital, a tensão chega a níveis insuportáveis e se faz necessária uma rapidez aliada a uma grande dose de sensibilidade. Assim, os responsáveis pela recepção devem ser treinados para tanto, a fim de que o primeiro contato não seja traumático [18].

Analisando a categoria *com mais preparo, atenção e dedicação dos profissionais envolvidos no atendimento*, fica evidente a falta de preparo dos profissionais de saúde no que tange às questões relacionadas ao contexto humanístico do atendimento. Isso é explícito nas falas:

“[...] eu acho que eles deviam ter um pouquinho mais de preparo... que eu deveria ter sido atendida com mais dedicação, que deveriam ter dado ouvidos para o que nós estávamos falando.” (F4)

“[...] eles tinham que dar uma atenção um pouco melhor... pelo menos para dar uma satisfação [...]” (F10)

Os cuidados efetivos, apenas do ponto de vista técnico, sem prestar atenção à pessoa, além de se constituir uma negação do respeito ao que o paciente tem direito, é prova de insuficiência na prestação de cuidados de qualidade, devido ao fato das relações humanas serem insubstituíveis [19].

Na análise da categoria *com acompanhamento do familiar dentro da sala de urgência e emergência hospitalar* verificamos que essa sugestão por mais inoportuna que seja para os profissionais de saúde, é fundamental para acalantar o familiar no momento de dor e sofrimento:

“[...] eu como esposo deveria ter entrado, eu acho que deveria ter entrado, é um erro muito grande do hospital não permitir [...]” (F5)

“O hospital não está preparado para acolher as famílias, apresentando dificuldade em adequá-las ao ambiente hospitalar, sendo elas, muitas vezes, consideradas pela equipe como elemento secundário, sem função específica, preferindo que elas se mantenham afastadas” [20].

Observamos na categoria *com o óbito do ente querido sendo notificado para todos os familiares juntos* que a forma que é notificada o óbito ao familiar necessita ser repensada pelos profissionais de saúde, não como uma notícia corriqueira, do dia a dia, mas como uma notícia de perda de uma vida humana que deixará marcas de saudades e um vazio nas profundezas da alma. Essa categoria é evidenciada na fala a seguir:

“Ele (médico) deveria ter dado a notícia para nós dois juntos.” (F5)

Para a assistência aos familiares no momento da morte é necessário levá-los a um lugar privativo onde possam permanecer juntos e expor suas emoções através do choro. Oferecer apoio, permanecer ao lado, segurar-lhe as mãos, abraçá-los, se permitirem [21].

A categoria *que tivesse um agente de saúde responsável no repasse de informações* enfatiza a importância no repasse de informações aos familiares, seja por meio dos profissionais envolvidos diretamente no atendimento ou por um profissional responsável unicamente em fazer a articulação entre família e estado clínico do cliente. Essa categoria é evidente na fala:

“[...] eu acho que se tivesse alguém ali, passando ali e perguntando, é a sua mãe, você quer que eu vá lá dentro e traga informação... porque não tinha nenhum agente de saúde ali que tivesse a sensibilidade de ver o sofrimento da gente [...]” (F7)

O psicólogo serve como instrumento facilitador do processo de hospitalização, pois atua como um elo na relação entre a equipe/paciente/família, servindo de porta-voz das necessidades e desejos das pessoas, intervindo para minimizar os desencontros de informações [22].

Não existe na literatura relatos de profissional específico para atuar frente ao familiar, porém, cabe a cada instituição hospitalar selecionar e treinar um profissional de saúde para oferecer atendimento integral e humanizado ao familiar, diante das suas possibilidades e visões humanísticas.

Analisando a categoria *com repasse ágil e periódico de informações do ente querido*, verificamos que a espera por informações faz com que os familiares fiquem angustiados, sentindo-se impotentes pela morosidade do atendimento e principalmente pela

ausência de informações do ente querido. Essa categoria é descrita nas falas a seguir:

“[...]eu acho que eles tinham que manter a gente informado [...]” (F8)

“[...] eu acho que eles deveriam sair lá fora e falar, olha ela já está medicada, vai tomar um soro, a gente vai medir a pressão dela para verificar e liberar. A gente fica parada lá sem uma posição, se você perguntar, aí que eles vão ver, ou, às vezes, nem vão.” (F10)

As falhas na comunicação definiram-se como principal fator apontado para qualidade insatisfatória do serviço pela visão familiar [17].

A categoria *com mais humanização no atendimento* descreve o elo que foi perdido na cadeia de satisfação do atendimento hospitalar, que foi a humanização no atendimento. Isso fica explícito nas falas a seguir:

“[...] os profissionais envolvidos no atendimento da minha mãe não se sensibilizaram de ver o sofrimento da gente.” (F7)

“Achei desumano o atendimento [...]” (F10)

É direito de todo cidadão receber um atendimento público de qualidade na área da saúde. Para garantir esse direito, é preciso empreender um esforço coletivo de melhoria do sistema de saúde no Brasil, uma ação com potencial para disseminar uma nova cultura de atendimento humanizado [23].

O sucesso na qualidade do serviço prestado pela equipe médica e de enfermagem só será alcançado a partir do momento que admitirem que a capacidade técnica desprovida da humanização os torna cada vez mais mecânicos e promotores de insatisfação no atendimento.

Conclusão

Ao finalizar este estudo, no qual se buscou conhecer a percepção dos familiares acerca do atendimento recebido da equipe médica e de enfermagem ao ter um ente querido assistido na sala de urgência e emergência hospitalar, percebeu-se que seu desenvolvimento serviu, para uma reflexão sobre a prática da equipe médica e de enfermagem envolvidas na pesquisa.

Iniciou-se este estudo acreditando que a insatisfação no atendimento superaria em porcentagem os participantes satisfeitos, porém os relatos dos 50% insatisfeitos superaram as expectativas no que tange a indignação com o atendimento recebido e também nas sugestões propostas.

A superlotação nos serviços de urgência e emergência e a escassez de funcionários capacitados para o atendimento humanizado contribuem de certa forma para a falta de contato e cuidado com os familiares pela equipe médica e de enfermagem. Porém, para os familiares, estes problemas de ordem organizacional não deveriam constituir um motivo para a desumanização no atendimento.

A falta de humanização profissional ficou evidente nos relatos dos entrevistados, principalmente no que se refere ao demorado tempo de espera por informações do ente querido.

Também, ficou explícito que as pessoas não sabem diferenciar a categoria profissional da enfermagem, não conseguindo relatar se era enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem que havia oferecido o atendimento. Constatamos, com isso, que os profissionais de enfermagem não se identificam ao atenderem os familiares. Com o profissional médico, esta dificuldade de identificação não foi percebida, visto que ele sempre foi mencionado.

Na maioria dos casos, os pacientes foram atendidos de forma imediata, não havendo críticas por parte dos familiares quanto ao atendimento de seu ente querido. O que existe é um descontentamento em relação ao atendimento que ele, familiar, recebeu dos profissionais de saúde.

Para o familiar apenas uma informação singela de que o paciente está sendo atendido, que os exames estão sendo realizados, já é o suficiente para apaziguar o sofrimento vivenciado. Não é necessário dispensar um longo tempo com o familiar, pois ele necessita apenas de um minuto de atenção e de informações simples, porém confortantes.

Alguns familiares tiveram privilégios no atendimento recebido por terem algum tipo de contato e relação profissional com as instituições hospitalares, caracterizando um desrespeito ao princípio do SUS no tocante a equidade no atendimento. Frente a isto, faz-se o seguinte questionamento: como fica a situação dos familiares que não possuem este privilégio?

Diante dos resultados obtidos, existe uma infinidade de percepções e valores pessoais e profissionais que necessitam ser rapidamente trabalhados

como forma de humanizar o atendimento oferecido pela equipe médica e de enfermagem no contexto de urgência e emergência.

Finalmente, espera-se que este estudo venha contribuir com os profissionais que trabalham em serviços de urgência e emergência hospitalar, principalmente com a equipe de enfermagem, no sentido de ampliar e manter o olhar e o cuidado, não só para o paciente, mas estendê-los aos seus familiares.

Referências

1. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.451, de 10 de março de 1995. Define os conceitos de urgência e emergência e equipe médica e equipamentos para os pronto-socorros. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 17 mar. 1995.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Regulação médica das urgências. Módulo II, parte III. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. p. 47.
3. Soares M. Cuidando da família de pacientes em situação de terminalidade internados na unidade de terapia intensiva. Rev Bras Ter Intensiva 2007;19(4):481-4.
4. Silva JV. Enfermagem: cuidar/cuidado da família. Revista Atenção Primária à Saúde 2002;9:68-72.
5. Taci YRC, Vendrusculo DMS. A assistência de enfermagem no serviço de emergência psiquiátrica. Rev Latinoam Enfermagem 2004;12(3):477-84.
6. Marconi MA, Lakatos EM. Fundamentos de metodologia científica. 3ª ed. São Paulo: Atlas; 1995.
7. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 1998.
8. Brasil. Resolução 196. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil; 1996.
9. Salles PEM. A percepção da qualidade dos serviços das instituições hospitalares: um estudo exploratório para subsidiar ações de marketing. Mundo Saúde 1997;21(3):146-53.
10. Santos JR. Avaliação da qualidade do atendimento no pronto socorro de um hospital público [TCC]. Vitória da Conquista: Faculdade de Tecnologia e Ciência; 2006.
11. Bonamigo EL. O valor do consentimento informado. Rev AMRIGS 2008;52(4):330-3.
12. Santos JB. Ouvir o paciente: a anamnese no diagnóstico clínico. Brasília Méd 1999;36:90-5.
13. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Responsabilidades e deveres. 2007. [citado 2010 Fev 12]. Disponível em URL: <http://www.portalconfen.gov.br>.
14. Kaplan H, Sadock BGJ. O desenvolvimento humano ao longo do ciclo vital. Compêndio de psiquiatria. 7ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997. p.85-93.
15. Mezzomo AA, Mezzomo CJ, Cherubin A. O executivo hospitalar: subsídios para a ação. São Paulo: Cedas; 1986.
16. Marques GQ, Lima MADS. Organização tecnológica do trabalho em um pronto atendimento e a autonomia do trabalhador de enfermagem. Rev Esc Enfermagem USP 2008;42(1):41-7.
17. Wallau RA, Guimarães HP, Falcão LFR, Lopes RD, Leal PHR, Senna APR et al. Qualidade e humanização do atendimento em medicina intensiva. Qual a visão dos familiares? Rev Bras Ter Intensiva 2006;18(1):45-51.
18. Carvalho E. Aprendendo com os erros e acertos. São Paulo: Makron Books; 1998.
19. Ribeiro MILC, Furegato ARF. Reflexões sobre a importância do relacionamento interpessoal na formação de profissionais de enfermagem. Nursing 2003;66:19-24.
20. Scremin SM, Ávila RC, Branco CJ. Alcance e limites do serviço de psicologia do hospital de pronto socorro de Canoas – deputado Nelson Marchezan. Rev SBPH 2009;12(1):57-69.
21. Oliveira MAP, Ogasawara M. Contribuição para uma postura humana em situação que se relaciona com a morte. Rev Esc Enfermagem USP 1992;26(3):365-78.
22. Conselho Federal de Psicologia. A História da Psicologia Hospitalar. Diálogos: Saúde e Psicologia. Brasília: Conselho Federal de Psicologia; 2006. p.20-22.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.