

ACOLHIMENTO AO PACIENTE E FAMÍLIA NA UNIDADE CORONARIANA

PATIENT AND FAMILY RECEPTION IN CORONARY CARE UNIT

ACOGIMIENTO AL PACIENTE Y A LA FAMILIA EN LA UNIDAD CORONARIA

*Dulcinéia Ghizoni Schneider¹, Alessandra Maria Maia Manschein², Michelli Aparecida Bueno Ausen²,
Josiane de Jesus Martins³, Gelson Luiz de Albuquerque⁴*

¹ Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL). Santa Catarina, Brasil.

² Acadêmica do curso de Graduação em Enfermagem da UNISUL. Santa Catarina, Brasil.

³ Doutoranda pelo PEN/UFSC. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da UNISUL. Santa Catarina, Brasil.

⁴ Doutor em Enfermagem. Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem UFSC. Santa Catarina, Brasil.

PALAVRAS-CHAVE: Acolhimento. Assistência ao paciente. Família. Tecnologia.

RESUMO: Pesquisa qualitativa, realizada nos meses de abril e maio de 2006, em uma unidade coronariana de um hospital público, especializado em cardiologia localizado na Região Sul do Brasil. Objetivou desenvolver uma proposta de implantação da tecnologia leve (acolhimento) no cuidado ao paciente/família, com diagnóstico clínico de infarto agudo do miocárdio. A construção da proposta foi embasada na percepção do paciente/família que vivenciaram a hospitalização na unidade coronariana. Os atores sociais foram nove pacientes/famílias. Para coletar os dados utilizou-se a entrevista e a observação sistemática. A análise dos dados foi fundamentada na análise de conteúdo. Os resultados destacam duas categorias: percepção paciente/família sobre o infarto; tecnologia de cuidado. Estas categorias favoreceram desenvolver uma proposta para usar a tecnologia leve ao paciente/família. Para o uso efetivo desta proposta é primordial o protagonismo de todos os envolvidos no cuidado em saúde não significando algo estanque, mas o que se pode produzir a partir desta.

KEYWORDS: User embracement. Patient care. Family. Technology.

ABSTRACT: This study involves qualitative research, carried out in April and May of 2006 in a coronary care unit of a public hospital specialized in cardiology, located in Southern Brazil. It aimed at developing a program for implanting light technology (reception) in patient/family care involving acute myocardial infarction clinical diagnosis, based on the perception of the patient/family that experienced institutionalization in the coronary care Unit. The participants were nine patients/families. Interviews were given and systematic observation was used in order to collect the data. The data analysis was based on content analysis. The results highlight two categories: patient's/family's perceptions of the infarction; and technology and care. These categories favor the development of a proposal to use light technology in patient/family care. For the effective use of this technology, the commitment of all those involved in health care is primordial, not as something which is tight, but that which can be produced from this technology.

PALABRAS CLAVE: Acogimiento. Atención al paciente. Familia. Tecnología.

RESUMEN: Investigación de carácter cualitativo, realizada en abril y mayo de 2006, en una unidad coronaria de un hospital público especializado en cardiología, ubicado en una región al sur del Brasil. El objetivo de este estudio fue el de desarrollar una propuesta de implantación de la tecnología leve (acogimiento) en el cuidado al paciente/familia con diagnóstico de infarto agudo del miocardio, basada en la percepción del paciente/familia que vivieron la hospitalización en la unidad coronaria. Los actores sociales fueron nueve pacientes/familias. Para la recolección de los datos se utilizó la entrevista y la observación sistemática. El análisis de los datos fue fundamentado en el análisis del contenido. Los resultados obtenidos destacan dos categorías, a saber: la percepción del paciente/familia acerca del infarto; y, tecnología del cuidado. Estas dos categorías contribuyeron para desarrollar una propuesta para utilizar la tecnología leve al paciente/familia. Para el uso de esa tecnología es esencial el protagonismo de todos los involucrados en el cuidado en salud, no significando algo estancado, sino lo que se puede producir desde esa propuesta.

Dulcinéia Ghizoni Schneider
Endereço: R. São Francisco, 206, Ap. 602
88.015-140 - Centro, Florianópolis, SC, Brasil.
E-mail: dulcigs@matrix.com.br

Artigo original: Pesquisa
Recebido em: 16 de julho de 2007
Aprovação final: 10 de janeiro de 2008

INTRODUÇÃO

No Brasil, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) as doenças cardiovasculares são responsáveis por 16,7 milhões de mortes ao ano, com projeções para o ano de 2020 de persistirem como causa principal de mortalidade e incapacitação.¹

Dentre as doenças cardiovasculares, estão a doença arterial coronariana que se manifesta por *angina pectoris*, Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), insuficiência cardíaca e morte súbita; a doença cerebrovascular, manifestada por acidente vascular cerebral hemorrágico e isquêmico, e ataque isquêmico transitório; e a doença arterial periférica, por claudicação intermitente.²

Os comportamentos e padrões de consumo não saudáveis dos indivíduos, contribuem para o surgimento de doenças cardiovasculares. O tabagismo, a ingestão excessiva de alimentos não saudáveis, sedentarismo, abuso de bebidas alcoólicas e estresse social são os principais fatores de risco modificáveis para as doenças cardiovasculares.

Dentre as doenças cardiovasculares, neste estudo, focaremos o IAM, pois é uma patologia clínica de alta incidência e com taxas de óbito elevadas. Outra razão se deve ao fato desta patologia assustar grande parte da população, em virtude da simbologia que o coração representa e a possibilidade de morte súbita. Em virtude da magnitude desta doença, é imprescindível a hospitalização em uma Unidade Coronariana (UC) ou Unidade de Terapia Intensiva (UTI).³

A implicação do diagnóstico precoce para o manejo clínico, indica que o paciente portador de IAM deve ser hospitalizado em um ambiente com monitorização eletrocardiográfica contínua e capacidade de desfibrilação. A prioridade mais urgente da avaliação precoce é identificar pacientes com IAM, que devem ser considerados para terapia de reperfusão imediata (fibrinólise coronária com o uso de fibrinolíticos ou angioplastia primária) e para reconhecer outras causas potencialmente catastróficas de morte súbita, ou de dissecação aórtica.³

Dentre os cuidados em saúde prestados ao paciente hospitalizado em uma UC, em virtude do quadro de IAM, e a sua família, o uso das tecnologias relacionais é imprescindível, pois proporcionará acolhimento ao paciente e a sua família.

As tecnologias relacionais são consideradas tecnologias leves, as quais podem gerar alterações significativas no modo de se trabalhar em saúde “[...] sob uma ótica analisadora pautada pela ética

do compromisso com a vida e expressa em ato nas dimensões assistenciais do trabalho vivo em saúde, como a relação de acolhimento, a criação do vínculo, a produção da resolutividade e a criação de maiores graus de autonomia, no modo das pessoas andarem na vida”.^{4,73} Pode-se dizer então, que as tecnologias relacionais “são operações sobre os modos de viver, sobre as possibilidades de vida. [...] Dessa forma, ao produzirem sujeitos, as tecnologias são edificações que tomam o corpo e a vida como objeto tecnocientífico, no contemporâneo, no intuito de transpor aquilo que tornou o humano objeto de conhecimento: a finitude. Irrompe, no campo da saúde, por meio de políticas públicas, a necessidade premente de humanização dos sistemas de saúde face aos mecanismos tecnocientíficos da saúde”.^{5:465-6}

Como tecnologia relacional, primando pela melhoria dos serviços de saúde, destaca-se neste estudo o acolhimento. O acolhimento visa à escuta, a valorização das queixas do paciente/família, a identificação das suas necessidades, o respeito às diferenças, enfim é uma tecnologia relacional permeada pelo diálogo. O diálogo é uma conversação entre duas ou mais pessoas na qual existe envolvimento, escuta e percepção recíproca, para que a interação ocorra de forma genuína, estabelecendo-se, por conseguinte, uma relação. Nessa relação sempre nos deparamos com o outro, “[...] um diferente que vai nos causar certo estranhamento e desencadear um olhar para dentro e para fora muito dinâmico da própria imagem de cada um dos envolvidos; uma expressão por meio de um discurso, de gestos e de ações práticas. É nessa relação que nos construímos e re-construímos como sujeitos no mundo”.^{6:4}

Ao acolher, permitimos o encontro, o estar presente, o relacionamento, a criação de vínculo entre a família/paciente (usuários) e trabalhadores da saúde. O acolhimento gera as relações humanizadas entre quem cuida e quem é cuidado, pois é uma ferramenta tecnológica imprescindível no cuidado em saúde. A incorporação do acolhimento, como tecnologia leve, no cuidado em saúde pelos trabalhadores deste setor, tende a sedimentar um trabalho de qualidade e com relações mais horizontalizadas. As tecnologias leves são as relacionadas com o conhecimento da produção das relações entre estes sujeitos.⁷

Enquanto tecnologia leve, tanto o acolhimento quanto o acesso, precisam deixar de ser problemas de recepção, tornando-se de fato, objeto da prática de toda a equipe de saúde. O estabeleci-

mento de vínculos entre trabalhadores da saúde e usuários requer responsabilidade e compromisso com as necessidades que os usuários apresentam. É no encontro do trabalho vivo (trabalho em ato) com o usuário, que se expressam componentes vitais da tecnologia leve do trabalho em saúde: as tecnologias articuladas à produção dos processos de interseção e as tecnologias das relações que se dão através das práticas de acolhimento, vínculo e “autonomização”.⁷

O acolhimento pode, analiticamente, evidenciar as dinâmicas e os critérios de acessibilidades que os usuários utilizam para satisfazerem as necessidades de saúde. Porém, quando o acolhimento é ignorado, não há produção de responsabilização com o usuário, pois o acolhimento propõe principalmente reorganizar o serviço, no sentido da garantia do acesso universal, resolutividade e atendimento humanizado.⁸

É relevante estabelecer vínculo de confiança entre trabalhadores da saúde com paciente/família. Quando não ocorre a cumplicidade entre ambos, pode dificultar a terapêutica proposta. Nossa meta de cuidado acolhedor não deve deter-se na doença, deve transcender os aspectos biológicos e valorizar a cultura, nível sócio-econômico, crenças e valores adquiridos ao longo da história de vida de cada ser. Pois, no campo da saúde o objetivo não é a cura, ou a promoção e proteção da saúde, mas a produção do cuidado, que é de fato o foco a que se quer chegar.⁷

Para acolher é necessário ser acolhido, reorganizando o próprio processo de trabalho em saúde cujas ações ainda são centradas no modelo biomédico. O paciente/família precisa sentir-se seguro, confortável e amparado pela instituição, pois assim o mesmo mantém sua autonomia/cidadania e oportunidade de expressão.

O acolhimento é uma ação técnica-assistencial que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social através de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde.⁹

O acolhimento é uma estratégia de mudança do processo de trabalho em saúde, buscando alterar as relações entre trabalhadores e usuários e dos trabalhadores entre si, humanizar a atenção, estabelecer vínculo/responsabilidade das equipes com os usuários, aumentar a capacidade de escuta às demandas apresentadas, resgatar o conhecimento técnico da equipe de saúde, ampliando a sua intervenção.⁷

Compreendemos que para efetivar o acolhimento, na prática, a equipe de saúde deve estar apta a estabelecer uma relação humanizada com o paciente/família. E, para que a equipe de saúde tenha essa capacidade é necessário que ela (equipe) também seja acolhida.

O cuidado de enfermagem em uma UC, não deve ficar restrito à objetividade do ser doente, acredita-se que os familiares dos doentes também são nossos clientes e necessitam de cuidados para enfrentar, de maneira menos difícil, a experiência da hospitalização. Além disso, para que o ato de cuidar não se restrinja ao aspecto físico, à objetividade do ser doente ou de seu familiar, se faz necessário à utilização de acolhimento e de vínculo.⁷

“Acolher significa oferecer ou obter refúgio, proteção, ou conforto físico; proteger(-se), abrigar(-se), amparar(-se)”.^{10:259} Acolher significa receber, recepcionar e, também, aceitar o outro como sujeito de direitos e desejos e como co-responsável pela produção da saúde, tanto na perspectiva individual como do ponto de vista coletivo.¹⁰

O acolhimento é um processo contínuo e não apenas uma etapa do atendimento que se dá nas portas dos serviços de saúde. Deve envolver todos os trabalhadores da saúde nas diferentes áreas de atuação, pois a hospitalização representa, para muitos, um momento de fragilidade e de medo, pois além do sofrimento e sensação desagradável e da insegurança que a doença ocasiona, este irá necessitar da atenção de um conjunto de trabalhadores da saúde para intervir no processo e garantir a solução do mesmo. Nesse momento de fragilidade, esse indivíduo torna-se um depositário dos saberes estruturados da equipe, sendo tratado de forma impessoal e muitas vezes descompromissada, sendo que, para mudar essa situação, é necessário qualificar “a relação trabalhador-usuário, que deve dar-se por parâmetros humanitários de solidariedade e de cidadania”.^{8:347}

O acolhimento é condição fundamental para o diálogo, para o encontro entre trabalhador e usuário. Acolher significa tentar compreender o que estes nos dizem, que se traduz em saber ouvir. O ouvir favorece o diálogo, principalmente se a alteridade for considerada, resguardada. No entanto, a diferença é o contorno da alteridade. É necessário haver no cuidado em saúde em especial, no acolhimento, a conjugação da identidade e da diferença. “O outro é alguém essencial em nossa existência, no nosso próprio agir. Ele se torna alguém necessário, alguém imprescindível para a própria compreensão de mim mesmo”.^{11:160-1}

O relacionamento interpessoal entre os trabalhadores da saúde e paciente/família deve ser considerado na sua totalidade, pois o estado emocional destes pode, na maioria das vezes, estar tão comprometido quanto o seu físico. É necessário que os trabalhadores da saúde demonstrem não só os conhecimentos técnicos e científicos mas, também, habilidade e sensibilidade ao lidar com situações de sobrecarga emocional, o que requer solidariedade. Usar tais ferramentas seria colocar em prática as tecnologias relacionais, ou seja, responsabilizar-se pelo outro, pelo cuidado humanizado.

A crise na saúde reflete-se no atendimento oferecido à população, cujos traços mais evidentes são a impessoalidade e o descompromisso dos trabalhadores da saúde. É necessário alterar essa forma de trabalhar e produzir ações para minimizar o sofrimento do usuário.⁴ A falta de compromisso dos trabalhadores de saúde com o sofrimento dos usuários, a baixa capacidade resolutiva das ações de saúde, a intensa desigualdade no atendimento dos diferentes estratos econômico-sociais e o privilegiamento dos cidadãos, que podem pagar altos preços pelos serviços de saúde, públicos e privados geram a desumanização dos serviços em relação à clientela. Uma estratégia que pode possibilitar minimizar as situações acima referidas poderia ser a efetivação do acolhimento, tanto para o trabalhador como para o usuário.⁷

Valorizar as tecnologias relacionais e re-significar a atenção em saúde devem ser os objetivos a serem atingidos para aqueles que almejam a humanização do cuidado em saúde, o que implicará também na re-significação do papel dos trabalhadores e usuários deste segmento, dando vazão à subjetividade de ambos. Quando se valoriza estas questões, favorecemos a horizontalização de nossas ações, incluindo trabalhadores, usuários e gestores em todo o processo de produção dos serviços de saúde. Assim, os saberes/conhecimento do outro tende a ser valorizado.

Diante destas concepções vislumbra-se a prática da enfermagem como profissão centrada nas relações humanas, nas relações de cuidado humano, cuidado este realizado por ações intersubjetivas mediais nos seres humanos. Assim sendo, este trabalho teve como eixo norteador o acolhimento, concebido como tecnologia leve que incorpora o acesso, escuta, diálogo, vínculo e o respeito as diferenças. Para guiar a realização do mesmo, foi traçado como objetivo desenvolver uma proposta de acolhimento para o paciente com IAM e sua

família a partir da percepção dos mesmos quanto ao enfrentamento dessa situação.

METODOLOGIA

Nesse estudo, foi utilizada a pesquisa do tipo exploratória e descritiva com abordagem qualitativa.

O local de realização foi uma UC de um hospital público especializado em cardiologia localizado na Região Sul do Brasil.

Os atores sociais do estudo foram nove pacientes com diagnóstico de IAM e seus respectivos familiares (nove) os quais aceitaram participar do estudo, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Como critério de inclusão foi estabelecido para o paciente estar hospitalizado na UC com diagnóstico clínico de IAM e aceitar participar do estudo e, para a família, ser aquele indivíduo que permanecesse o maior período na UC com seu ente independente do grau de parentesco, aceitando livremente participar do estudo.

A pesquisa foi fundamentada nas normas e diretrizes que regulamentam a Pesquisa envolvendo Seres Humanos, conforme resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Recebeu parecer favorável da instituição na qual se desenvolveu a pesquisa sob o N^o 09/2006, bem como do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Sul de Santa Catarina.

Para preservar a privacidade dos sujeitos do estudo (paciente/familiares), optou-se por utilizar pseudônimos com nomes de pedras preciosas para ambos (Pérola, Rubi, Brilhante, Diamante, Topázio, Ônix, Quartzo, Cristal e Citrino) na apresentação das falas.

A coleta de dados foi realizada através de entrevista semi-estruturada com o paciente/familiares e observação sistemática.

O roteiro da entrevista foi constituído de perguntas abertas, tais como: significado de hospitalização; experiência anterior com hospitalização; papel da família na internação, cuidados que recebem durante a hospitalização e compreensão sobre acolhimento. As entrevistas foram realizadas após 48 horas de hospitalização do paciente na UC a beira do leito. Já com os familiares foram realizadas na ante-sala da UC após horário de visita ou nas primeiras horas após a hospitalização. Para encerrar a coleta de dados optou-se pela saturação dos mesmos.

A observação sistemática foi guiada por tópicos, os quais eram registrados: características do ambiente físico no qual são repassadas as orientações aos familiares; expressões corporais e reações dos familiares ao receberem informações da equipe de saúde e expressões corporais e reações do paciente ao receber informações da equipe de saúde.

Utilizamos como referencial metodológico analítico dos dados a análise de conteúdo.¹² O método de análise de conteúdo é indicado no estudo das motivações, atitudes, valores, crenças, tendências. Assim foi feito primeiramente uma pré-análise dos dados coletados nas entrevistas para seguidamente realizar a categorização. As categorias centrais são apresentadas da seguinte forma: percepção do paciente e família frente ao diagnóstico de IAM; percepções do paciente e família sobre o acolhimento; e, proposta de implantação do acolhimento na UC.

RESULTADO E ANÁLISE DOS DADOS

Apresentamos inicialmente a caracterização dos atores sociais participantes do estudo.

Referente à idade dos pacientes internados na UC com IAM, houve uma prevalência das faixas etárias de 61-70 anos e de 71-80 anos com o mesmo percentual de 37%. A idade prevalente no estudo é considerada como um fator de risco não-modificável e, aproximadamente 80% dos infartos agudos do miocárdio fatais, ocorrem em pacientes com idade igual ou superior a 65 anos.³

O evento coronariano predominou em pacientes do sexo masculino (8), o que vem em concordância com a literatura pesquisada. A ocorrência de doença arterial coronariana é cerca de três a quatro vezes mais freqüente nos homens do que nas mulheres até os 55 anos. Após esta idade, aumenta o risco para as mulheres em consequência da menopausa.³

Dentre os fatores de risco modificáveis, a hipertensão arterial sistêmica teve maior destaque, seguida de *diabetes mellitus* e tabagismo na mesma prevalência.

Os familiares que participaram do estudo em sua maioria eram do sexo feminino, com idade variando de 34 a 80 anos.

Percepção do paciente e família frente ao diagnóstico de IAM

A experiência do IAM é vivenciada de forma individual, podendo variar de paciente para

paciente. Diante desta percepção, compreende-se a importância da acolhida, que tem por objetivo tornar ainda mais cordial e caloroso o relacionamento entre a equipe de saúde, o paciente e sua família criando assim, um vínculo de confiança. Quando respeitamos a individualidade dos sujeitos que cuidamos, humanizamos nosso trabalho e nos humanizamos também.¹³

Quando a internação hospitalar acontece de forma súbita e inesperada, como na ocorrência do IAM, pode ocasionar no paciente e família medo, insegurança, sofrimento, entre outros sentimentos. Adoecer do coração, na maioria das vezes, desencadeia sofrimento emocional vinculado ao medo da morte, da invalidez, do desconhecido, da solidão como, também, depressão e angústia.

Neste sentido, a mudança na rotina do paciente, que na maioria das vezes se encontrava ativo e inserido socialmente, pode gerar sofrimento. Ao deparar-se com o diagnóstico de IAM e com a internação na UC, tal sofrimento tende a agravar-se. Na UC, o paciente, se vê em um ambiente desconhecido onde o contato com a família fica restrito, gerando sensações de ansiedade e estresse. Destaca-se também, que por defrontar-se com o seu coração em "mau funcionamento", os pacientes que são acometidos pelo IAM muitas vezes ficam assustados por estar vivenciando tal situação. As falas a seguir evidenciam esses sentimentos frente ao diagnóstico do IAM.

Mudou toda a rotina na minha vida. Vou ter que seguir regras: medicação, jeito de agir e alimentação (Pérola).

Me deu remorso de não me cuidar direito. Nunca vim para um hospital. Fiquei assustado (Rubi).

Pedi para Deus do céu me acudir (Topázio).

Fiquei apavorada e entrei em pânico (Pérola).

Esses sentimentos são fatores importantes nas pessoas que apresentam IAM, e estão relacionados ao receio de morte iminente. No entanto, percebemos que apesar dos sentimentos de medo e insegurança vivenciados pelo paciente, este ainda acredita que existe a oportunidade de buscar a saúde: *estou procurando a saúde. No hospital ou a gente vem visitar ou se internar (Brilhante).*

Independente de ter uma doença ou enfermidade, é fundamental que as pessoas busquem constantemente a saúde e, apesar de estar em uma situação crítica, a possibilidade de manter a capacidade para agir, de não se tornar dependente e de manter a autonomia impulsiona o paciente a enfrentar o estado atual como uma alternativa de

rever seu estilo de vida e adotar hábitos saudáveis para evitar um novo evento cardíaco.³

As definições do que constitui saúde e doença variam entre os diferentes indivíduos, famílias, grupos culturais e classes sociais. Na maioria dos casos, a saúde é vista como algo muito além da ausência de sintomas desagradáveis.¹⁴

Algumas pessoas consideram a saúde como um valor que deve ser continuamente preservado enquanto outros a consideram como uma capacidade para agir, demonstrando que o significado de saúde vem se ampliando.³

A busca pela saúde dos pacientes que tiveram um IAM, passa necessariamente, pela revisão e mudança nos hábitos, tais como alimentação, atividade física, maneira como enfrenta um problema, entre outros. Tal fato é exemplificado pelas idéias: *vou ter que fazer uma readaptação na minha vida* (Quartzo); *sei que vou ter que mudar a alimentação e moderar no esforço físico* (Cristal).

Por se tratar de um momento difícil para a família, a internação do paciente em uma UC, gera sentimentos de angústia, desespero e preocupação frente ao diagnóstico de IAM. Os familiares expressam esses sentimentos: *foi um susto bem inesperado* (Familiar de Pérola); *fiquei passada e apavorada* (Familiar de Quartzo); *fiquei preocupado, sem explicação. Tenho vários casos na família de parentes que se foram por causa de problema no coração* (Familiar de Ônix).

Diante disto, surge em algumas situações a negação da doença, como uma “proteção” da realidade vivenciada, sentimentos esses que os familiares experienciam, e que emergem de situações difíceis que acompanham essa internação, tais como a possibilidade de morte do paciente. Ao enfrentar a situação dolorosa de internação de um familiar na terapia intensiva, é que a família se depara com a possibilidade da morte. A família pode perceber que seu ente querido pode deixar de estar próximo.

PERCEPÇÕES DO PACIENTE E FAMÍLIA SOBRE O ACOLHIMENTO

A conceituação do acolhimento passa, necessariamente, por uma reflexão sobre o processo de trabalho em saúde. Os serviços de saúde, ao contrário de outros serviços, têm como marca a

necessidade de reconhecer o usuário como sujeito e participante ativo na produção da saúde. É desejável que o sentido de acolher ultrapasse as fronteiras da relação equipe/usuários e comece a permear as relações dentro da própria equipe, criando assim ambientes mais acolhedores.⁴

Os pacientes entrevistados definiram acolhimento como: apoio, uma pessoa auxiliar a outra, ser bem atendido, ajuda que vai dar ao paciente. Isso fica evidenciado através das falas: *ser bem atendido. Alguém que responda aos questionamentos ou que de informações* (Quartzo); *é uma pessoa auxiliar a outra* (Citrino); *acolher outras pessoas. Receber as pessoas como deve ser* (Diamante); *apoio* (Cristal).

Dessa forma, “acolher” não significa a resolução completa dos problemas referidos pelo paciente, mas a atenção dispensada na relação, envolvendo a escuta, a valorização de suas queixas, a identificação de necessidades, sejam estas de âmbito individual ou coletivo. Acolher significa utilizar as tecnologias relacionais no cuidado em saúde.

A internação em uma UC é sempre considerada como um momento difícil, pois adoecer do coração, na maioria das vezes, desencadeia sofrimento emocional vinculado ao medo. Nesse momento a família é de vital importância para o paciente. Afinal, é a família que dá suporte nos vários momentos de sua vida e, com a hospitalização na UC, priva-se o convívio ou contato prolongado entre estes, devido, principalmente, às rotinas impostas pela instituição.* Os pacientes expressam essa importância: *o amparo da família é muito importante. Ela é à base de tudo. Sem esse apoio o paciente afunda* (Cristal); *é muito bom. A família vindo visitar, ajuda a gente melhorar* (Brilhante); *é tudo na vida, a família é o principal* (Rubi); *é muito importante. As minhas filhas estão sempre perto de mim tenho todo o apoio* (Quartzo).

Na maioria das vezes, a internação do paciente acometido pelo IAM acontece súbita e inesperadamente desencadeando assim, angústia, depressão medo do desconhecido e da solidão. Nessa perspectiva, esses sentimentos podem ser evitados se houverem orientações quanto ao significado da sua doença, mantendo o paciente bem informado e escolhendo palavras apropriadas e de fácil entendimento que possam contribuir para a melhora do quadro clínico.

* Nascimento ERP. *Acolhimento no espaço das relações na unidade de terapia intensiva*. 2003. Projeto para qualificação no Doutorado em Filosofia da Enfermagem – Departamento de Enfermagem – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis.

Se preconizarmos um cuidado acolhedor, se torna primordial também a atenção com o familiar/acompanhante que disponibiliza seu tempo para acompanhar o tratamento de seu ente. Para isso se fazem necessárias condições humanizadas para o acolhimento desses acompanhantes, como local adequado para realizar sua higiene e conforto, refeições, assistência social e psicológica. É necessário também, propiciar condições ao trabalhador para o exercício de suas funções, sendo estas de caráter educativo e financeiro e valorização profissional.

Acreditamos ser fundamental envolver/incluir a família no processo de acolhimento, pois esta se encontra num momento de incertezas quanto ao estado de saúde de seu ente. É neste contexto que a família percebe o acolhimento como sendo algo essencial e de extrema importância, criando assim um vínculo de confiança e acreditando que está entregando o seu familiar em boas mãos. Os familiares definiram acolhimento como: *acolher a família em relação à doença do paciente, fornecendo informações para confortar ambos* (Familiar de Cristal); *é aquele momento em que você se sente em casa ou cercado por pessoas boas e atenciosas* (Familiar de Brilhante); *ser bem tratado, ser bem cuidado* (Familiar de Rubi); *ser bem atendido. Alguém que responda aos questionamentos ou que dê informações* (Familiar de Quartzo).

O contato com a família pode mobilizar emoções agradáveis, bem como facilitar a assistência prestada ao paciente. Ao serem passadas as informações a respeito do estado de saúde do paciente, percebemos o alívio e a segurança dos familiares pela assistência proporcionada, onde conseguiram expressar suas dúvidas e preocupações, criando um elo de confiança entre equipe/família.

No momento de crise, ao enfrentar a situação dolorosa de internação de um familiar, é que a família necessita de um membro da equipe que possa lhe auxiliar. Ao dar informações ou ao simples fato de estar aberta para ouvir os familiares, a enfermeira pode diminuir a angústia sentida por eles.

O acolhimento é um instrumento de trabalho que incorpora as relações humanas e deve ser integrado por todos os trabalhadores de saúde em todos os setores do atendimento. Assim, não se limita ao ato de receber, mas a uma seqüência de atos e modos que compõem o processo de trabalho em saúde.⁷ O objetivo maior da incorporação do acolhimento no processo de trabalho em

saúde é regular o acesso e permitir e/ou facilitar a abertura dos serviços com responsabilização de todos (trabalhador da saúde, gestores, pacientes e familiares). O Acolhimento surge assim como uma estratégia para promover mudanças na organização do processo de trabalho visando ampliar o acesso à assistência integral.

A tecnologia pode, em alguns momentos, comprometer a humanização hospitalar, em especial nas UC, pois o cuidado passa a assumir características cada vez mais especializadas e complexas e menos caritativas, característica do trabalho realizado durante muitos anos por religiosos e voluntários. Reforçam que a humanização parece não acompanhar o avanço tecnológico assim como a complexidade e satisfação da assistência. A humanização, como tecnologia leve de cuidado, vai além de um ambiente hospitalar adequado, passando pela sociedade, instâncias políticas, econômicas, tecnológicas e pela organização do trabalho.¹³

Proposta de acolhimento ao paciente com IAM e sua família em uma UC

Um grande desafio hoje encontrado é estimular e incentivar de modo realmente produtivo e claro, o trabalhador da saúde, dentro da esfera hospitalar, no sentido de capacitá-lo para o uso de suas potencialidades como também, para que utilizem na prática ações acolhedoras.¹⁵

A partir dessas pressuposições e da pesquisa realizada com os pacientes e familiares, viu-se a necessidade de se construir uma proposta de acolhimento na UC, tendo como base a Cartilha da Política Nacional de Humanização: HumanizaSus do Ministério da Saúde.⁹ O acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética onde implica compartilhamento de saberes, necessidades, possibilidades, angústias e invenções, ou seja, o envolvimento de uma equipe multiprofissional encarregada da escuta e resolução dos problemas do usuário.⁹

Uma proposta de humanização deve contemplar estratégias para melhorar o ambiente, a atenção ao paciente, aos familiares e à equipe profissional. No Quadro 1, apresentamos a proposta de acolhimento ao paciente e família, construída com base na percepção destes sobre a importância da aproximação da equipe de saúde com o paciente e família quando da necessidade de internação em uma UC.

Quadro 1: Proposta de acolhimento ao paciente e família na UC. Florianópolis – SC, 2006.

Etapas do acolhimento	Ações	Sujeito da ação
Acesso	Receber o paciente. Prestar os cuidados necessários, proporcionando segurança ao paciente. Aproximar-se da família, confortando-a e esclarecendo as normas e rotinas da instituição. Adequar o ambiente de forma que os familiares tenham conforto enquanto aguardam informações.	Equipe de saúde
Escuta	Incentivar paciente e familiar a questionarem sobre suas dúvidas, iniciando a educação em saúde desde a internação. - Estabelecer uma relação de confiança na qual o paciente e família sintam-se seguros e que possam expressar suas dúvidas, medos e angústias.	Equipe de saúde
Diálogo	Orientar a família sobre o que está acontecendo com o paciente, enfatizando que tudo está sendo feito para manter a sua saúde usando palavras de fácil compreensão.	Equipe de saúde
Apoio	Oferecer apoio e conforto ao paciente e família. Orientar a família sobre as condições do paciente antes da visita. Identificar as necessidades de informação e amparo do paciente e família, buscando ajudá-los a satisfazer tais necessidades.	Equipe de saúde
Vínculo	Orientar sobre os benefícios do tratamento e as complicações que podem ocorrer. Flexibilizar o horário da visita quando houver necessidade. Estar aberto ao outro.	Enfermeiro da unidade

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desenvolver o presente trabalho considerando a importância do acolhimento ao paciente com IAM e sua família, foi instigante para nós, pois sendo uma situação grave que acomete um número significativo de indivíduos e pelo simbolismo que o coração representa, compreendemos que os sentimentos de medo, incertezas e angústias devem ser amenizados pela equipe de saúde através da escuta, diálogo, apoio e vínculo.

Diante disso, o paciente percebe que a hospitalização é um momento difícil, onde sentimentos de medo e incertezas quanto ao seu futuro são vivenciados. Muitas vezes, por não saber o que está acontecendo, o paciente fica assustado por estar num ambiente estranho rodeado por equipamentos e máquinas que alarmam a todo instante. Percebem também, que o abrupto afastamento de seu convívio familiar implica em mudanças no seu cotidiano, bem como a necessidade de mudanças de hábitos daqui para a frente.

A família também reconhece que a hospitalização de um ente querido é um momento difícil, e que muitas vezes sente-se desamparada com poucas informações acerca do estado de saúde do seu familiar, assustada com a situação, onde medo e angústia se defrontam com o desconhecido.

Entendemos que o ambiente de uma UC é visto como um gerador de sentimentos como o estresse, ansiedade, angústia e medos para o paciente e o familiar.

Neste contexto, percebemos a importância do cuidado integral ao paciente e a família, já que ambos experienciam os mesmos sentimentos. A partir da percepção do paciente e família, vimos a necessidade de desenvolver uma proposta de acolhimento para o paciente com IAM e sua família, através da escuta, diálogo, apoio e vínculo.

A noção de acolhimento pode ser compreendida como um processo de cuidado ético que pode ser realizado por qualquer membro da equipe de saúde, pois adotar uma proposta de acolher

os pacientes e seus familiares em uma condição crítica de saúde como o IAM demonstra comprometimento do cuidado com o outro.

Com os resultados obtidos e ao aprofundarmos os estudos, colocando em prática o acolhimento, pudemos perceber o quanto é essencial o apoio da equipe de saúde ao paciente e sua família frente ao diagnóstico de IAM. Ressaltamos também, que é importante a inclusão e o apoio à equipe de saúde no processo de acolhimento e sugerimos que o próximo passo, seja a realização de trabalhos voltados aos trabalhadores para a efetivação desta tecnologia, mediando assim a humanização do cuidado.

Acreditamos que essa proposta deve ser colocada em prática, devido ao grau de satisfação dos pacientes e família ao serem acolhidos por nós. Percebemos que após o cuidado prestado, os pacientes e familiares sentiam-se aliviados ao saberem que podiam contar com o nosso apoio.

Concluimos que para que o acolhimento se concretize é necessária a participação da equipe de saúde como parte integrante deste processo, haja vista a importância da equipe de saúde sentir-se acolhida para então acolher. Todos precisamos ser cuidados e o cuidado do ser humano integral reflète na preservação da vida no nosso planeta.

O acolhimento seria o resgate da missão dos serviços de saúde, a valorização da vida, a valorização das relações no ato/encontro do cuidado em saúde, a mudança no modo como a assistência em saúde é oferecida ao usuário e trabalhador. A base para estas mudanças poderá advir da alteração das relações entre trabalhador e usuário, utilizando-se da linguagem/diálogo.

REFERÊNCIAS

- 1 Avezum A, Guimarães HP, Piegas LS. Fatores de risco associados com Infarto Agudo do Miocárdio na região metropolitana de São Paulo e no Brasil. In: Nobre F, Serrano Junior CV. Tratado de Cardiologia SOCESP. São Paulo (SP): Manole; 2005.
- 2 Mion D, Nobre F. Risco cardiovascular global: da teoria à prática. São Paulo (SP): Lemos-Editorial; 2000.
- 3 Schneider DG. A consulta de enfermagem como prática de reflexão sobre a saúde do cliente com doença arterial coronariana e seus fatores de risco [dissertação]. Florianópolis: UFSC/PEN; 2002.
- 4 Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. Práxis em salud: um desafio para lo público. Buenos Aires (AR)/São Paulo (SP): Lugar Editorial/Hucitec; 1997. p.71-112.
- 5 Bernardes AG, Guareschi, N. Estratégias de produção de si e a humanização no SUS. *Psicol. Ciência Profissão*. 2007 Set; 27 (3): 462-75.
- 6 Matumoto S, Mishima SM, Fortuna CM. Welcoming reception: a reflection on alterity in the relation among workers and clients in the work of the basic health network. In: Anais do 8o Simposio Brasileiro de Comunicación En Enfermería, 2 e 3 de Mayo, 2002; São Paulo, Brasil [anales electrónicos]. São Paulo (SP): USP/EERP [acesso em: 2007 Abril 16]. Disponível em: http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC000000052002000100044&Ing=es&nrm=abn
- 7 Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo (SP): Hucitec; 2002.
- 8 Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 1999 Abr-Jun; 15 (2): 345-53.
- 9 Ministério da Saúde (BR), Secretaria Executiva Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília (DF): MS; 2004.
- 10 Hennington EA. Acolhimento como prática interdisciplinar num programa de extensão universitária. *Cad. Saúde Pública*. 2005 Jan-Fev; 21: 256-65.
- 11 Guareschi P. Alteridade, e relação: uma perspectiva crítica. In: Arruda A, organizador. Representando a alteridade. 2a ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 2003. p.149-64.
- 12 Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa (PT): Edições 70; 1970.
- 13 Nascimento ERP, Martins JJ. O poder institucionalizado da enfermagem na unidade de terapia intensiva: o cenário real x cenário ideal. *Texto Contexto Enferm*. 2000 Ago-Dez; 9 (3): 193-215.
- 14 Backes DS, Lunardi Filho WD, Lunardi VL. Humanização no ambiente hospitalar à luz da política de humanização. *Enferm. Brasil*. 2005 Jul-Ago; 4 (4): 227-31.
- 15 Nascimento ERP, Martins JJ. Uma proposta para humanizar o cuidado de enfermagem aos pacientes e familiares nas Unidades de Terapia Intensivas. *Conhecer Enfermagem*. 2003 Jul-Dez; 1 (1): 15-21.