

PERCEPÇÃO DO ACOMPANHANTE EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA CORONARIANA

PERCEPTIONS OF COMPANIONS AT A CORONARY INTENSIVE CARE UNIT

MARIA DE LOURDES DA SILVA MARQUES FERREIRA^{1*}, FERNANDA DE CÁSSIA ISRAEL², SILMARA MENEGUIM³, MARIA JOSÉ SANCHES MARIN⁴

1. Professora Doutora do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, UNESP, Campus de Botucatu; 2. Mestre em Enfermagem pela Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, UNESP, Campus de Botucatu; 3. Professora Doutora do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, UNESP, Campus de Botucatu; 4. Professora Doutora do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Marília – FAMEMA, Campus de Marília.

* Rua Thomaz Matheus, 323, Nossa Senhora de Fátima, Botucatu, São Paulo, Brasil. CEP: 18608-145 malusa@fmb.unesp.br

Recebido em 22/07/2016. Aceito para publicação em 21/10/2016.

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, cujo objetivo foi analisar a percepção de ser acompanhante de pacientes internados em unidade de terapia intensiva coronariana. A coleta de dados foi por meio de uma entrevista. Da análise emergiram as categorias: acolhimento durante o processo de hospitalização, estrutura física necessária para o acolhimento e ações de acolhimento dos profissionais de saúde. A possibilidade de ver e ficar junto com o paciente, possibilidade de melhora do paciente na presença de alguém da família, informações da equipe profissional, bom atendimento, horários de visitas, acomodação e recursos da unidade do Hospital Escola foram unidades de significação. A percepção do familiar em acompanhar o paciente hospitalizado na referida unidade refere-se à tranquilidade e segurança para ambos, o que reflete em benefícios no tratamento do paciente e na dinâmica familiar. Neste sentido, são necessárias estratégias de informação aos usuários sobre seus direitos, o preparo da equipe de saúde para receber e acolher o acompanhante na unidade e a adequação das instituições de saúde, fornecendo subsídios para que ações de humanização sejam concretizadas.

PALAVRAS-CHAVE: Acolhimento, humanização da assistência, Unidades de Terapia Intensiva.

ABSTRACT

This is a qualitative study aimed to analyze the perception of being companion of patients hospitalized in coronary intensive care unit. Data collection was through an interview. They emerged from the analysis categories, host during the hospitalization process, physical infrastructure required for the reception and welcoming actions of health professionals. The ability to see and stay with the patient, the possibility of improvement of the patient in the presence of a family member, information professional staff, good service, sightseeing schedules, accommodation and resources unit of the Hospital School were units of meaning. The perception of the family to accompany the hospitalized patient to the unit refers to the peace and secu-

urity for both, reflecting benefits in patient care and family dynamics. In this sense, users to information strategies are necessary on their rights, the preparation of health staff to receive and welcome companion on the drive and the adequacy of health institutions, providing subsidies for humanizing actions are implemented.

KEYWORDS: User embracement, humanization of Assistance, Intensive Care Units

1. INTRODUÇÃO

O acolhimento do paciente e sua família, no contexto de unidade crítica ainda é um desafio, para os profissionais de saúde, pois a intensa rotina desses ambientes, juntamente com a dinâmica da unidade e a complexidade de procedimentos, podem ser fatores dificultadores da presença do acompanhante, nas unidades de terapia intensiva. No entanto, na medida em que o envolvimento acontece, as relações são percebidas como repletas de gratidão. De um lado, o familiar grato pela atenção e o profissional satisfeito pelo dever cumprido principalmente pela satisfação pessoal que o acolhimento traz (MAESTRI,NASCIMENTO,BERTONCELLO& MARTINS,2012)

Uma hospitalização, em unidade crítica, pode gerar desequilíbrio do sistema familiar como um todo gerando sobrecarga e sofrimento emocional. Com a mudança da rotina diária de familiares, uma situação de crise pode ser observada por eles pela desorganização das relações interpessoais, por causa de vários fatores, como a distancia física, problemas financeiros e principalmente o medo da morte da pessoa amada (SOUZA,2010).

Diante disso, visando a uma mudança desse panorama, o Ministério da Saúde criou, em 2001, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), com o objetivo de humanizar a assistência, prestada aos pacientes atendidos nos hospitais públicos (BRASIL,2006). E, em 2003, juntamente com os demais

programas de humanização preexistentes, o PNHAH transforma-se em uma Política Nacional de Humanização, o Humaniza – SUS, orientado pelos princípios da transversalidade e da integralidade, entre atenção e gestão, abrangendo a saúde pública como um todo, na tentativa de melhorar a qualidade e eficácia dos serviços prestados pelas instituições de saúde (PASCHE, PASSOS & HENNINGTON, 2011). A proposta do PNHAH é de buscar melhorias na instituição hospitalar, na formação educacional de seus profissionais e no atendimento a comunidade, contemplando, assim, três vertentes: equipe, usuário e instituição de saúde (BRASIL, 2006). Dessa maneira, ao refletirmos sobre humanização, necessariamente temos que incluir os familiares de pacientes internados, uma vez que geralmente são estes que acompanham o indivíduo hospitalizado. Estes juntamente com os pacientes compõem a vertente referente aos usuários do programa.

A Política de Humanização do SUS como uma aposta ético-política para o seu aprimoramento, objetiva unir os sujeitos, qualificando as práticas e serviços de saúde em defesa da vida e melhorando a experiência de viver em sociedade (PASCHE, 2011).

Na atualidade a humanização é vista como um conjunto complexo de atitudes e ações motivadas por pensamentos éticos, humanísticos, sociais e holísticos (PASCHE, 2009). Dessa forma, valorizar a presença de acompanhantes na instituição hospitalar, assim como apreender sua percepção, é um processo fundamental, para o alcance de uma prática assistencial realmente humanizada.

A motivação em realizar uma pesquisa com os familiares de pacientes internados em UTI surgiu pela observação empírica de comportamentos familiares durante a visita, que apresentavam preocupações e reações emotivas. Esta observação empírica associada à transversalidade da humanização preconizada pela Política Nacional de Humanização e dos direitos adquiridos pelos familiares com a RDC nº 7, surgiu o interesse na temática do acompanhante, que em sua maioria trata-se de um familiar que assume esse papel.

Nesse contexto, o objetivo do estudo foi analisar a percepção do acompanhante sobre humanização de pacientes hospitalizados em unidade de terapia intensiva coronariana, buscando uma assistência com acolhimento em unidade de terapia intensiva coronariana.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa descritiva na abordagem qualitativa, uma vez que se procurou compreender os significados e as características de uma situação específica. A pesquisa qualitativa "trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem

ser reduzidos à operacionalização de variáveis" (MINAYO, 2010)

Para a análise das descrições, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo, proposta por Bardin (BARDIN, 2009).

Local do estudo e sujeitos: o estudo foi desenvolvido em um Hospital Escola do interior de São Paulo, especificamente na Unidade de Terapia Intensiva Coronariana cujos sujeitos foram os acompanhantes dos pacientes internados.

Considerou-se como acompanhantes a pessoa responsável pelo paciente no hospital e que tivesse visitado o paciente, ao menos uma vez, durante a internação, sendo estes os critérios de inclusão no estudo.

Procedimentos Éticos: a abordagem dos acompanhantes deu-se no momento da visita. Esse momento foi escolhido para que o paciente não ficasse sozinho durante o período da visita. Assim, enquanto a pesquisadora realizava a entrevista com o familiar/acompanhante; outro familiar adentrava na unidade, para visitar o paciente.

O estudo cumpriu os requisitos nacionais e internacionais regulamentares de investigação envolvendo seres humanos.

As entrevistas foram realizadas por uma das pesquisadoras, utilizando-se de um gravador e de um instrumento que continha dados de identificação dos sujeitos e a questão norteadora da pesquisa foi: *“Qual sua percepção em ser acompanhante na Unidade de Terapia Intensiva Coronariana?”*

3. RESULTADOS

Caracterização dos Sujeitos

A população do estudo foi constituída por 12 acompanhantes, sendo todos familiares. O tempo de permanência na unidade, por contado do acompanhante variou de dois a seis dias. Nesta UTI-Coronariana não existem acomodações específicas, para os acompanhantes, mesmo para aqueles em tempo integral. Assim, os acompanhantes permanecem em cadeiras, ao lado do paciente, o que os impossibilita a melhores condições de repouso.

Quanto à procedência, a maioria dos entrevistados também informou residir na abrangência da Divisão Regional de Saúde VI (DRS – VI) e, apenas uma delas, em outra DRS.

Em relação à idade dos acompanhantes, esta variou entre a faixa etária de 25-68 anos, sendo que a maioria era do sexo feminino.

Quanto ao nível de escolaridade, a maioria possui Nível Médio completo e apenas cinco entrevistados, tem o ensino fundamental incompleto.

Na primeira categoria: Percepção do acompanhante: acolhimento durante o processo de hospitalização, os acompanhantes familiares expressaram a importância de

ver e ficar junto ao paciente:

“AC2-1: É muito bom poder ver ele, ele fica tranquilo, fala bastante, quer saber das coisas, ele é muito esperto, quer saber da vida, dos negócios dele [...]”

“AC10-1: [...] poder ficar um pouquinho durante a visita, pra gente já é muito bom, ele gosta, fica animado, conta tudo, até acho que ele fica emocionado [...]”

Expressaram ainda o sentimento de co-responsabilização pela recuperação:

“AC8-1: [...] é porque eu acho muito bom, porque a gente tá com ele, [...]. Então, é bom, eu vou lá, vejo ele, converso, conto as coisa lá de casa, ele gosta de saber, só as coisa boa, né!”

“AC5-1: É bom ficar com ele [...]”

“AC3-2: [...] eu acho que ele até queria nós lá com ele. [...] Ele fica mais tranquilo com a família aqui A gente vai ficar com ele, pra ele se sentir melhor com acompanhante, mais calmo com acompanhante. Pra ele se sentir melhor.”

E revelaram também a percepção da possibilidade de melhora do paciente na presença de alguém da família:

“AC12-1: [...] eu acredito que a gente poder ficar com ele aqui, ele vai se recuperar mais rápido [...] com a gente aqui com ele, ele tranquiliza, dorme, então deve estar sendo melhor pra recuperação dele [...]”

“AC7-1: [...] é que pelo menos, a pessoa se sente mais calma e segura com uma pessoa da família dando atenção [...]”

“AC10-2:[...]ele me disse outro dia que eu sou a única esperança de conforto, pois, ficar comigo aqui é melhor pra ele, porque conforta ele[...]”.

Na categoria II - Percepção do acompanhante: acolhimento dos profissionais de saúde teve destaque para uma boa assistência realizada pelos mesmos.

“AC4-3: Como eu disse, está tratando ele direitinho, está cuidando muito bem. Aqui, em forma de atendimento, está sendo muito bem atendido”.

“AC4-1: Ah, pra mim, é melhor pra ele, dele estar sendo bem tratado [...]”

Os acompanhantes percebem como bom atendimento a forma de interação com os profissionais, as informações relativas ao paciente e seu tratamento, revelando que também o acompanhante necessita de cuidados. A percepção dos acompanhantes revela que o momento das informações é muito esperado, pois é um momento destinado para que a família saiba como está sendo conduzido o tratamento e a resposta do paciente a este tratamento.

“AC8-4: A atenção prestada pelos profissionais de saúde faz bem para o paciente e pra gente que vem aqui para ficar um pouco com eles. Porque a gente fica muito tensa”

As informações obtidas pelos profissionais da saúde foram percepções reveladas quanto às ações de acolhimento para a humanização na assistência em unidade de

terapia intensiva:

“AC5-2: [...] saber que está melhor, pra gente é tudo, porque passa muito nervoso, fica preocupada, então quando fala que está melhorando, é dar uma esperança.

“AC3-7 : [...] Então, é bom saber dele pelas informações que a equipe traz pra gente. [...]”

Na categoria III – Percepção do acompanhante: estrutura física necessária para o acolhimento as percepções desvelaram:

“AC7-3: Mas, se a parte da tarde, o horário fosse mais prolongado [...], o horário de almoço é difícil pra quem trabalha, e à noite é difícil pra ir embora [...]”

Revelam ainda a necessidade da flexibilização, nos horários das visitas, na duração das mesmas e no número de pessoas que podem visitar o paciente:

“AC12-2: A dificuldade maior é o horário. Por que às vezes não dá certo pra gente vir no horário, se perde é difícil de entrar mais tarde, às vezes, eles não deixam [...], é a rotina deles, né? Mas, é muito corrido pra gente estar se adequando aos horários da unidade, seria mais fácil um horário flexível, onde eu pudesse entrar quando eu saísse do serviço [...]”.

Ainda nas narrativas, outra unidade de significação emergida da categoria ambiente da UTI, foi o horário de visitas.

“AC10-2: [...] a família é grande, não dá nem pra conversar bem com ele. Hoje mesmo, agora são só duas pessoas, e eu já trouxe o meu filho pra ver também, somos em três, tivemos que negociar pra deixar ele entrar também, e ele ficou tão feliz em ver o vô, ele chama meu irmão de vô, não de tio, mas ficaram tão felizes os dois, dá até dó [...]”

“AC2-4: O melhor é ficar acompanhando, mas aqui não é certo, não dá pra ficar [...]. Quando eu podia ficar na Enfermaria, eu ficava a tarde toda, se aqui pudesse, ele ia gostar, eu acho que era melhor, ele ia ficar sossegado.”

A percepção dos acompanhantes desvela que pode ser vantajosos a seus familiares internados na UTI do Hospital Escola, pois considerarem que a instituição tem melhores recursos humanos e tecnológicos, quando comparadas com outras da região:

“AC2-5: [...] o melhor lugar do hospital que tem é aqui, tem médico vinte e quatro horas, equipamentos, todos bem atenciosos [...]”.

4. DISCUSSÃO

Observou neste estudo que a presença do acompanhante na UTIC constitui fonte de conforto, segurança e apoio para o paciente adulto internado. Assim, acredita-se que seja preciso estabelecer práticas de enfermagem que garantam atendimento humanizado para esse acompanhante, garantindo a continuação do vínculo familiar para o paciente e estabelecendo boas relações com a equipe, possibilitando a diminuição do tempo de inter-

nação. O familiar acompanhante precisa ser incorporado ao processo de cuidar, mas não apenas como um cumpridor de tarefas delegadas pela equipe enfermagem, mas como alguém que compreende o alcance das ações desenvolvidas. Só assim, essa relação de paciente, familiar e equipe poderá ser eficaz e gratificante para todos.

O ato de ver e permanecer junto ao paciente pode estar relacionado ao que se considera família, enquanto núcleo social, que necessita manter suas relações familiares, mesmo em situações adversas, como a hospitalização (SZARESKI, BENTER & BRONDANI, 2010). A família considera que a hospitalização, principalmente a de pacientes críticos, representa a sua separação dos familiares, pode então surgir o medo da morte e a intensa ansiedade nesse período (SOUZA, 2010). Para esses familiares, o ato de ser acolhido torna-se muito importante, no momento da hospitalização, permitindo o encontro, o relacionamento, o estar presente com seus familiares. Além disso, promove a criação de vínculos com os trabalhadores da saúde, possibilitando ações humanizadas, entre quem cuida e quem é cuidado (SCHNEIDER, MANSCHHEIN, AUSEN, MARTINS & ALBUQUERQUE, 2008).

O interesse no paciente, receber bem, ouvir as demandas, buscar formas de compreendê-las e solidarizar-se com elas é objetivo dos serviços de saúde. Ao acolher, permite-se o encontro, o estar presente, o relacionamento, a criação de vínculo entre a família, paciente internado e a equipe de saúde. O acolhimento gera relações humanizadas entre quem cuida e é cuidado (BRASIL, 2006). A co-responsabilidade para recuperação, oportunidade de aprender, respeito ou simplesmente o desejo de estar junto, estão entre os muitos motivos de a família querer permanecer junto durante a hospitalização (CAMPOGARA, SANTOS, SEIFER & ALVES, 2011).

Estar presente, para a família, constitui-se uma forma de cuidado ao seu familiar que, apesar de estarem separados temporariamente, continuam sendo presença uns na vida dos outros (DUPAS, SILVA, NUNES & FERREIRA, 2012).

Na definição de cuidado, pode-se perceber a proximidade desta com as relações familiares, pois, de acordo com as definições na literatura, o cuidado é uma característica do ser humano que aparece, quando a existência do outro é significativa. Assim é valorizado o ato de cuidar, participar do destino do outro, incluindo seus sucessos e sofrimentos (MCKIERMAN, MCCARTHY, 2010).

Nossos achados corroboram com estudo da literatura, ao referirem-se ao acompanhante como esperança de conforto, não mais como esperança de cura em muitas vezes, ou seja, um sentimento que permitirá que os familiares consigam visitar seus entes queridos e de serem sustentados por ela, pois ficar somente com nuances da

morte acarreta muito sofrimento e esta esperança deixa de existir (FERREIRA & MENDES, 2013). A integralidade e a humanização são os eixos norteadores para a construção de um saber coletivo entre a equipe de saúde e família e precisam ser colocadas em prática no momento da hospitalização para que a presença deste familiar seja considerada positiva (COLLET, 2012).

A falta de informação e a incerteza constituem importantes fontes de ansiedade em pacientes e em seus acompanhantes. Normalmente causa apreensão e ansiedade na família, que espera o momento da visita para esclarecer suas dúvidas e, de preferência, receber boas notícias, pois apresentam um grande medo de que as informações não correspondam às suas expectativas de melhora (SANTANA-CABRERA & CUNHA, 2014).

É por meio das informações da equipe que os familiares podem acompanhar o tratamento realizado, muitas vezes diminuindo o medo, a angústia e até o desespero, podendo ter esses sentimentos amenizados à medida que recebem orientações e confiam na equipe de saúde. Quando a família é auxiliada, cria-se uma via de mão dupla, na qual de um lado tem-se o acompanhante na prestação dos cuidados ao paciente, com todos os aspectos que esse papel traz consigo, e, do outro, tem-se a possibilidade de “cuidar de quem cuida”, melhorando a sua qualidade de vida e auxiliando na organização familiar (SCHNEIDER, MANSCHHEIN, AUSEN, MARTINS & ALBUQUERQUE, 2008); (DAHDAH, CARVALHO, DELSIM, GOMES, MIGUEL, 2013).

Analisando as características do ser humano, percebe-se que, no processo de enfrentamento de situações adversas, o indivíduo busca artifícios, para poder conduzir melhor a situação. A hospitalização pode ser considerada um momento adverso e a família desempenha um papel fundamental no enfrentamento da situação. A família é fundamental no processo de cuidado, pois é a referência de amor, confiança e, muitas vezes, o motivo de sua existência. Logo, é necessário que o profissional conheça a família, seus valores, crenças, visão de mundo, o que influencia suas formas de cuidar. Na equipe multiprofissional de saúde, o enfermeiro desempenha importante papel, fornecendo informações à família sobre o sistema de saúde, ajudando na definição de preferências e prioridades no plano de tratamento (DUPAS, SILVA, NUNES & FERREIRA, 2012). As preocupações relacionaram-se à qualidade técnica das informações, em detrimento do modo como essas são transmitidas. Para a família, o profissional de saúde representa aquele que, ao controlar, de certo modo, a vida de seu familiar, pode prestar-lhe esclarecimentos. Sendo assim, é importante que os profissionais de saúde acolham os familiares (MCKIERMAN, MCCARTHY, 2010); (BUCKEY & ANDREWS, 2011).

O momento do horário de visitas é extremamente importante para o paciente, como para a família, e tam-

bém para os enfermeiros e demais profissionais da equipe de saúde para o estabelecimento de maior interação com os familiares e percebe-los também como clientes que necessitam ser assistido (SALIMENA, ANDRADE & MELO,2011). É um momento de renovação da esperança, contando com a possibilidade de que ocorra a melhora e a recuperação do seu familiar (DUPAS,SILVA,NUNES & FERREIRA,2012).

Nesse contexto é necessário repensar as normas e rotinas hospitalares, principalmente aquelas que dizem respeito aos horários de visitas e ao tempo de permanência dos familiares junto aos pacientes, possibilitando aos acompanhantes estar com maior frequência próximos ao paciente e conceber que a presença do familiar imprime novo modelo de organização da equipe de saúde, principalmente da enfermagem que está um tempo maior ao lado do paciente (COLLET, 2012); (SQUASSANTE & ALVIM,2009). No interior da UTI, a flexibilização das rotinas das visitas é fundamental para o estreitamento dos laços afetivos, entre as famílias e seus pacientes. Assim, a equipe deve estar ciente da importância da participação dos familiares no tratamento do paciente, bem como para perceber as reações dos familiares frente aos pacientes, e procurar facilitar essas visitas como também promover orientações para a entrada no ambiente colaborando com a qualificação da assistência (SANTOS & CAREGNATO,2013).

Os acompanhantes percebem como restrito o número estabelecido de visitantes por horário, porque impossibilita que todos os membros da família visitem o paciente. Isso demonstra uma rigidez em relação às visitas e acompanhantes, determinando-se horários, números de pessoas que podem visitar, favorecendo assim outros interesses da instituição de saúde que não contemplam o paciente (FERREIRA & MENDES,2013).

Independente do ambiente, as ações de assistência devem ser baseadas na essência humana, pois tudo na UTI é vivido de forma intensa, tratamento, riscos, emoções, trabalho e a esperança. Embora o foco primário da assistência seja o paciente, é preciso acolhimento dos familiares angustiados (SIMONETTI,2011).

A necessidade de acomodação para os acompanhantes foi uma estratégia revelada para possibilitar a proximidade com seu familiar. É percebido pelos acompanhantes que a acomodação, no hospital, significa a possibilidade de estar próximo ao paciente durante a internação. É necessário que as UTIs possuam um local apropriado para os acompanhantes poderem descansar, comer e até compartilhar a solidão. Na perspectiva da humanização, a visão de familiares em corredores, nas portas das UTIs, deve ser substituída por outro cenário, diferente da realidade atual, um cenário mais humano (SOUZA,2010); (COLLET,2012). Auxiliar os familiares a conhecerem melhor o ambiente, proporcionando-lhes explicações acerca da rotina e procedimentos,

ajudaria na solução de problemas vivenciados pelas famílias(SOUZA,2010), pois faz-se pertinente o olhar atento e humanizado por parte da equipe de saúde que atua em terapia intensiva a esses familiares que se deparam com um momento difícil de ser suportado (CAMPONOGARA, SANTOS,SEIFFERT, ALVES,2011).

Salienta-se que, nas UTIs, são concentrados recursos materiais e humanos necessários para um adequado atendimento a pacientes graves, que necessitem de recursos para sua recuperação (BUCKLEY & ANDREWS,2011).

O presente estudo contempla a percepção dos acompanhantes, a necessidade de ações humanizadas na assistência em saúde, principalmente nas Unidades de Terapia Intensiva. A humanização deve permear todas as ações de saúde, envolvendo o usuário, os profissionais e as instituições de saúde.

O cuidado em saúde deve ter como base as ações de humanização, a qual deve estar inserida nessa área e ser inerente aos profissionais.

Ser considerado humano, nada mais é do que reconhecer-se no outro, ter empatia com os indivíduos e fazer do cuidado um ato de amor e solidariedade.

5. CONCLUSÃO

A importância da humanização, no âmbito da saúde, hoje é incontestável, é ela quem norteia as relações entre o usuário, a equipe e a instituição de saúde. A humanização, cada vez mais, ocupa importante posição entre os paradigmas da saúde.

A humanização do atendimento em hospitalar é uma das políticas públicas do Ministério da Saúde que mais chamam a atenção na atualidade, por tentar romper com uma filosofia centrada na doença, em vez de focalizar no paciente enquanto ser humano, repleto de necessidades e necessitando de uma rede social de apoio, principalmente do familiar para se recuperar.

Estudos revelam que a presença do acompanhante, principalmente quando este for um familiar contribui para a recuperação mais rápida, auxilia no trabalho da enfermagem e diminui os custos hospitalares, devido ao tempo menor de internação. Entretanto, não é fácil receber acompanhante em ambiente fechado como é uma UTI, e também por ser um local repleto de equipamentos, com muito ruído e elevado grau de tensão, devido à gravidade dos pacientes e conviver constantemente o medo da morte.

Para superar essas dificuldades os hospitais precisam investir em melhorar o ambiente físico para o acompanhante, oferecendo-lhe conforto para dormir, se alimentar e fazer a higiene pessoal. Muitas unidades hospitalares investem em momentos de escuta, com reuniões periódicas entre acompanhantes e equipe de enfermagem, para a troca de saberes e experiências.

Dessa forma, em unidades que realizam esses

investimentos, cumpre-se a norma legal, que preconiza a presença do acompanhante, bem como a recomendação do SUS, a respeito do valor da presença de acompanhantes para pacientes adultos e principalmente para aqueles com idade superior a 60 anos. A humanização no ambiente hospitalar, portanto, não é mais uma tendência, mas uma obrigatoriedade de todas as instituições que compreendem ser o tratamento da pessoa como um todo tão fundamental quanto tratar a doença, enquanto patologia. No caso da UTI coronariana, patologias cardíacas graves e que leva a muita desesperança de uma recuperação. Ainda assim, o processo de humanização enfrenta diversas dificuldades, que dentre estas, está a falta de profissionais para coloca-la em prática.

O Hospital Escola, citado no presente estudo, é referência como hospital terciário na região. Por se encontrar nessa condição, comporta maiores rendas destinadas ao ensino, possibilitando uma melhor capacitação em termos de equipamentos e recursos humanos.

Como propostas, acredita-se que estratégias de informação aos usuários sobre seus direitos, o preparo da equipe de saúde para receber e acolher o acompanhante na UTI e a adequação das instituições de saúde, fornecendo subsídios para que ações de humanização sejam concretizadas, contribuem com uma prática mais segura e individualizada. Assim, considera cada indivíduo um ser único, que tem na figura do acompanhante, um membro participante junto ao cuidado.

REFERÊNCIAS

- [01] BARDIN, Laurence. Análise de conteúdo. Lisboa, Portugal: Edições 70, LDA, 2009.
- [02] BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. Brasília; 2006
- [03] BUCKLEY, Patricia.; ANDREWS, Tom. Intensive care nurses' knowledge of critical care Family needs. *Intensive Crit Care Nurs*, v.27, n.5, p.263-72, 2011. doi: 10.1016/j.iccn.2011.07.001
- [04] CAMPOMOGARA, Silviomar.; SANTOS, Tanise Martins.; SEIFFERT, Margot Agate.; ALVES, Camila Neumaier . O cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: uma revisão bibliográfica. *Rev Enferm UFSM*, v.1,n.1,p.124-32, 2011. doi:10.5902/217976922237
- [05] COLLET, Neusa. Sujeitos em interação no cuidado à criança hospitalizada: desafios para a Enfermagem Pediátrica. *Rev. Bras. Enferm*, v.65, n.1, p.7-8, 2012. doi: 10.1590/S0034-71672012000100001.
- [06] DAHDAH, Daniel Ferreira.; CARVALHO, Ana Maria Pimenta.; DELSIM, Juliana Carla; GOMES,; Bruna Romano; MIGUEL, Vanessa Spera de . Grupo de familiares acompanhantes de pacientes hospitalizados: estratégia de intervenção da Terapia Ocupacional em um hospital geral. *Cad. Ter. Ocup. UFSCar*, v.21, n.2,p. 399-404, 2013. doi:10.4322/cto.2013.041
- [07] DUPAS, Gisele; SILVA, Aliane Callegari; NUNES, Michelle Darezzo Rodrigues; FERREIRA, Noeli Marchioro Liston Andrade. Câncer na infância: Conhecendo a experiência do pai. *REME – Rev. Min. Enferm*, v.16, n.3, p. 348-54,2012. doi: S1415-27622012000300006.
- [08] FERREIRA, Priscila Dias; MENDES, Tatiane Nicolau . Família em UTI: importância do suporte psicológico diante da iminência de morte. *Rev SBPH*, v. 16, n. 1,p. 88-112, 2013.
- [09] MAESTRI, Elaine; NASCIMENTO, Eliane Regina Pereira do ; BERTONCELLO, Kátia Cilene Godinho; MARTINS, . Josiane de Jesus Avaliação das estratégias de acolhimento na Unidade de Terapia Intensiva. *Rev esc enferm USP*, v.46, n.1, p. 75-81, 2012. doi: 10.1590/S0080-62342012000100010.
- [10] MCKIERNAN, M.; MCCARTHY, G. Family member's lived experience in the intensive care unit: a phenomenological study. *Intensive Crit Care Nurs*, v.26, n. 5, p. 254-61,2010. .doi: 10.1016/j.iccn.2010.06.004.
- [11] MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo, Brasil: Hucitec, 2010.
- [12] PASCHE, Dário Frederico. Política Nacional de Humanização como aposta na produção coletiva de mudanças nos modos de gerir e cuidar. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v.13, n.1, p.701-8, 2009.doi: 10.1590/S1414-32832009000500021.
- [13] PASCHE, Dário Frederico; PASSOS, Eduardo; HENNINGTON, Élda Azevedo. Cinco anos da política nacional de humanização: trajetória de uma política pública. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.16, n.11, p. 4541-8, 2011. doi: 10.1590/S1413-81232011001200027.
- [14] SALIMENA, Anna Maria de Oliveira; ANDRADE, Maura Patrícia de; MELO, Maria Carmen Simões Cardoso de. Familiares na sala de espera do centro cirúrgico: sentimentos e percepções. *Cienc Cuid Saude*, v. 10, n.4, p.773-80, 2011. doi: 10.4025/ciencucuidsaude.v10i4.18322
- [15] SANTANA-CABRERA, Luciano; FALCÃO, Haroldo; CUNHA, Ramos da. Políticas de visitação em unidades de terapia intensiva no Brasil: primeiros passos na América Latina. *Rev Bras Ter Intensiva*, v. 26, n.4, p. 328-9, 2014.doi: 0.5935/0103-507X.20140048
- [16] SANTOS, Deise Godoes; CAREGNATO, Rita Catalina Aquino. Familiares de pacientes em coma internados na unidade de Terapia Intensiva: percepções e comportamentos. *Rev Eletr Enf [Internet]*, v.15, n.2, p. 487-95, 2013. doi: 10.5216/ree.v15i2.16929.
- [17] SCHNEIDER, Dulcinéia Ghizoni; MANSCHEIN, Alessandra Maria Maia; AUSEN, Michelli Aparecida Bueno; MARTINS, Josiane de Jesus; ALBUQUERQUE, Gelson Luiz de .Acolhimento ao paciente e família na unidade coronariana. *Text Context Enferm*, v.17, n.1, p. 81-9, 2008. doi: 10.1590/S0104-07072008000100009.
- [18] SIMONETTI, Alfredo. Manual de Psicologia Hospitalar. O mapa da doença. São Paulo, Brasil: Casa do Psicólogo, 2011.
- [19] SOUZA, Raquel Pusch de. Rotinas de Humanização em Medicina Intensiva. São Paulo, Brasil: Atheneu, 2010.
- [20] SQUASSANTE, Nilcéia Dadalto; ALVIM, Neide Apa-

recida Titonelli. Relação equipe de enfermagem e acompanhantes de clientes hospitalizados: implicações para o cuidado. *Rev Bras Enferm*, v. 62, n.1, p.11-8. doi: 10.1590/S0034-7167200900010000.

- [21] SZARESKI, Charline; BEUTER, Margrid; BRONDANI, Cecília Maria. O familiar acompanhante no cuidado ao adulto hospitalizado na visão da equipe de enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm (on line)*, v.31, n.4, p. 715-22, 2010. doi: 10.1590/S1983-14472010000400015