

FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ –
FACENE/RN

MARIA ANTONIA CLEMENTINO DE MEDEIROS

**PERCEPÇÃO DE ACOMPANHANTES EM AMBIENTE DE ESPERA DE CENTRO
CIRÚRGICO EM UM HOSPITAL GERAL DE MOSSORÓ/RN**

MOSSORÓ

2012

MARIA ANTONIA CLEMENTINO DE MEDEIROS

**PERCEPÇÃO DE ACOMPANHANTES EM AMBIENTE DE ESPERA DE CENTRO
CIRÚRGICO EM UM HOSPITAL GERAL DE MOSSORÓ/RN**

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró (FACENE) como exigência parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof^a. Esp. Verusa Fernandes Duarte

MOSSORÓ

2012

MARIA ANTONIA CLEMENTINO DE MEDEIROS

**PERCEPÇÃO DE ACOMPANHANTES EM AMBIENTE DE ESPERA DE CENTRO
CIRÚRGICO EM UM HOSPITAL GERAL DE MOSSORÓ/RN**

Monografia apresentada pela aluna Maria Antonia Clementino de Medeiros, do curso de Bacharelado em Enfermagem tendo obtido o conceito de _____, conforme a apreciação da Banca Examinadora constituída pelos professores:

Aprovado (a) em: ____ de _____ de 2012.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Esp. Verusa Fernandes Duarte (FACENE/RN)

Orientador

Prof.Esp. Lucidio Clebeson de Oliveira (FACENE/RN)

Membro

Prof. Mestre Johny Carlos Queiroz (FACENE/RN)

Membro

“Dedico essa monografia a Deus, por me permitir chegar à conclusão de mais um desafio na minha vida, que em meio a tantos momentos de desespero, e sentimentos de fracasso, me fez acreditar, que tudo é possível para aqueles que nele crerem, e que o poder é consequência do querer e do fazer acontecer. E depois dedico a todos aqueles que me incentivaram a continuar, e me fizeram acreditar no meu potencial, ultrapassando as dificuldades com fé e perseverança de quem quer chegar ao seu objetivo”.

AGRADECIMENTOS

Os meus agradecimentos, inicio, ao **Pai Celestial** que tem sido tão fiel me ajudando, me guiando e me protegendo, por esses quatro anos de faculdade, me conduzindo até aqui, e nas horas mais difíceis nunca desistiu de mim, não me abandonou hora nenhuma, e me fez entender que toda provação que nos vem, tem o intuito de nos aprovar, isso de acordo com a força e a fé de cada um.

Agradeço também a minha mãe, **Maria Marta da Fonseca** (In memória), que enquanto viveu me ensinou a sempre acreditar em mim, e ver o valor que tem um ser humano, me fazendo querer melhorar a cada dia, e tantas vezes me incentivou a nunca parar de buscar os meus sonhos, e que o aprendizado contínuo é muito importante, hoje sei tão bem o quanto isso é verdadeiro.

Aos **meus filhos**, Kleyton Alcides de Medeiros e Kleywin Ygor de Medeiros, por toda a paciência e compreensão que tiveram durante esse tempo, que os deixei tantas vezes sem a minha presença por tanto tempo, sempre tão ausente, limitando o tempo de doar carinho e apreço, e tantas noites dormiram tarde da noite só pra me verem mais tempo.

Aos **meus irmãos e irmãs**, Tânia Maria, Maria Aparecida, Ademar Damásio, Danizete Francisco Filho, que por muito tempo tiveram que superar a falta das nossas conversas nos encontros familiares noturnos, que superaram com tanta firmeza e compreensão, que me fizeram acreditar que cada dia ausente valeria a pena, que nunca me negaram apoio e ajuda, sempre prontos a me apoiar, entendam como foi importante a contribuição de todos nessa minha jornada, meu muito obrigada por vocês existirem na minha vida, vocês contribuíram muito para que eu conseguisse chegar até aqui.

Ao **meu esposo**, Francisco Chagas de Medeiros, que é meu companheiro de tantos anos e de todas as horas, pela sua compreensão, paciência, durante esses quatro anos, pela sua tolerância, sempre tão preocupada com a faculdade, passando tanto tempo distante de casa, me tornando uma esposa ausente algumas vezes, por lhe acordar madrugadas, para me buscar na casa de amigas após a finalização de algum trabalho, que do seu jeito, mas, me deu incentivos para continuar, sendo muito importante para conclusão de mais uma etapa.

Aos **meus amigos**, Francisca Patrícia do meu setor de trabalho, que tanto me ajudou me proporcionando tantas oportunidades de tempo para que eu pudesse concluir esse trabalho, me incentivando com palavras de apoio e autoestima. À Karla Silderlânia e José Wagner, que tive a satisfação de conhecê-los durante o tempo de faculdade, e poder contar tantas vezes, ocupando lhes o tempo para pedir-lhes orientação e ajuda em fases tão difíceis da minha vida acadêmica, vocês sempre serão meus amigos.

Uma **pessoa especial** que quando me viu reclamar e chorar dizendo que não iria suportar tanta dificuldade, me encorajou dizendo que a resposta positiva viria no futuro, que tudo que vale a pena, tem um preço, sempre torcendo e me

incentivando, contribuiu muito para a realização desse sonho há você meu muito obrigado.

A **minha prima** Aceilda Matias que por longos três anos segurou tantas vezes a reponsabilidade que era minha, e para me ajudar respondia como mãe e dona de casa, para pudesse ter mais tempo para estudar, que tantas noites entrou madrugada adentro para me fazer companhia e não dormir quando tinha provas na faculdade, muito obrigada de verdade, que Deus te abençoe sempre.

A **bibliotecária** Vanessa Camilo pelas tantas horas extras não remuneradas que me atendeu, me recebendo em sua casa para me tirar dúvidas das normas da ABNT, e que nunca deixou de me atender quando requisitei sua ajuda, muito obrigada por ter sido tão maravilhosa e paciente comigo.

A **minha orientadora**, Verusa Fernandes Duarte, que com sua enorme bondade aceitou o meu convite, e tornou-se minha amiga, minha confidente, minha incentivadora, minha parceira na realização desse trabalho. Com uma educação tão característica dela, soube como conduzir o desenvolvimento dessa pesquisa, se tornasse tão gratificante e prazerosa até o final, proferindo sempre palavras incentivadoras para que eu pudesse ter mais entusiasmo e chegasse ao final com quase 0% de estresse, o meu muito obrigado por tudo.

À **minha Banca Examinadora**, Lucidio Clebeson de Oliveira e Johny Carlos Queiroz. Sou muito agradecida por vocês fazerem parte da minha realização, meu muito obrigado por terem aceitado instantaneamente o meu convite e se fazerem presente.

Às **minhas amigas**, Ana Maria, Janaína Clésia, Itala Emanuelle, Mayara Rocha, Régio Menezes, Eguimara Fernandes, Flávia Sonária, que conquistei durante esses quatro anos, obrigado por acrescentarem tanto na minha vida e nos meus princípios com suas amizades, sou muito agradecida e orgulhosa de ter as conhecido e se tornarem minhas amigas, estarão sempre dentro do meu coração.

Aos meus **preceptores em campos de estágio**, que não direi o nome pois são muitos e não quero cometer a injustiça de esquecer algum, mas que de diferentes maneiras se fizeram importantes no meu aprendizado, como acadêmica, como profissional e acima de tudo como ser humano, mostrando-me sempre que precisamos de um diferencial no meio de tantos outros profissionais da saúde. Todos de uma maneira individual me ajudaram a suportar algumas dificuldades, ensinando-me a superá-las. Sou eternamente grata a todos que construíram a minha história enquanto enfermeiranda. Tenho-os como exemplo por toda a minha vida.

“A alegria que se tem em pensar e aprender faz-nos pensar e aprender ainda mais” (Aristóteles)

RESUMO

A humanização fundamenta-se com o conceito do cuidado, o respeito à individualidade do ser, uma forma de adequar a assistência humanizada de acordo com a necessidade do paciente. A pesquisa tem como objetivo geral: Analisar na percepção de acompanhantes no ambiente de espera de Centro Cirúrgico em um Hospital geral de Mossoró. Trata-se de uma pesquisa exploratória de caráter descritiva com abordagem quanti-qualitativa. A amostra foi de 10 sujeitos. Constituíram-se como critérios para inclusão na pesquisa, ser maior de 18 anos e menor de 60 anos; estar em boas condições físicas e mentais. Utilizou-se um formulário com instrumento de coleta de dados. Após a explanação do objetivo do estudo foi realizada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os dados coletados apresentaram os seguintes resultados: quanto a idade, 59% da amostra entrevistada tem entre 18 à 30 anos, 32% tem entre 31 à 45 anos e 9% entre 46 à 60 anos. Em relação ao nível de escolaridade, constatou-se que 60% dos entrevistados possuem como grau de instrução o ensino fundamental incompleto, 16% ensino fundamental completo, 8% ensino médio incompleto, e 8% ensino médio completo, totalizando assim o percentual (100%) dos participantes da pesquisa. Quanto à renda 76% dos participantes possuem até um salário mínimo por mês, enquanto que 8% possuem até dois salários mínimos, 16% acima de dois salários mínimos. Verificou-se que 24% dos entrevistados são do sexo feminino, com ocupação, do lar, 76% se dividiram em outras ocupações. Quanto ao estado civil dos entrevistados, 60% são solteiros e apenas 16% são casadas (os) e 24% vivem uma relação estável. O estudo comprovou que 60% dos entrevistados afirmam conhecer o ambiente de espera. Após confirmação a amostra ressalta ser um ambiente que causa ansiedade, agonia, tensão e perturbação por espera de informação do seu paciente, além de ser um corredor quente inapropriado para o acompanhante a espera de notícias boas ou ruins, mas referem que os profissionais que ali atuam os recepcionam bem. Observou-se que as sensações de aguardar informações sobre o paciente é angustiante pelo tempo que passa lá dentro sem informações concretas do quadro cirúrgico, mas tem que ter fé em Deus e nos médicos para dar tudo certo. O ambiente de espera deveria ser uma sala fechada, onde houvesse um profissional capacitado, que trouxesse informação e apoio, relataram ainda ser um lugar aconchegante e que o acompanhante estivesse mais próximo do paciente. Concluiu-se que os acompanhantes que se encontram no ambiente de espera do centro cirúrgico, não recebem uma assistência humanizada e o acolhimento necessário.

Palavras-chave: Sala de espera de centro cirúrgico; Humanização; Enfermagem.

ABSTRACT

Humanization is based on the concept of care, respect for the individuality of being, a way of adjusting the humanized according to the patient's need. The overall research aims: To assess the perception of the environment companions waiting Surgical Center in a General Hospital Mossoró. This is an exploratory character with descriptive quantitative and qualitative approach. The sample consisted of 10 subjects. Constituted as criteria for inclusion in the study, being older than 18 and younger than 60 years, be in good physical and mental condition. We used a form with data collection instrument. After the explanation of the purpose of the study was the signing of the Informed Consent Form (ICF). The data collected showed the following results: in age, 59% of the interviewed sample is between 18 to 30 years, 32% have between 31 to 45 years and 9% between 46 to 60 years. Regarding the educational level, it was found that 60% of respondents have as educated incomplete primary education, 16% completed elementary school, secondary school, 8%, and 8% completed high school, totaling the percentage (100 %) of survey participants. Regarding income 76% of participants have up to one minimum wage per month, while 8% have up to two minimum wages, 16% higher than two minimum wages. It was found that 24% of respondents are female, with occupancy of the home, 76% were shared in other occupations. Regarding marital status of the respondents, 60% are single and only 16% are married (the) and 24% live in a stable relationship. The study found that 60% of respondents claim to know the standby environment. After confirming the sample points to be an environment that causes anxiety, agony, stress and disturbance by waiting for information from his patient, besides being a hot aisle inappropriate for the companion waiting for good news or bad, but concern that professionals there receptionam the act as well. It was observed that the sensations of waiting patient information is distressing for the time that passes without concrete information inside the surgical table, but have to have faith in God and doctors to be all right. The environment should be expected of a closed room where there was a trained professional, to bring information and support, also reported to be a cozy place and that the companion was closest to the patient. It was concluded that caregivers who are waiting in the environment of the operating room, do not receive a humanized and hosting needed.

Keywords: Waiting room surgical center; Humanization; Nursing.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Caracterização da Amostra quanto à Idade. FACENE/RN.....	35
Gráfico 2 - Caracterização da Amostra quanto à Escolaridade. FACENE/RN	36
Gráfico 3 - Caracterização da Amostra quanto à Renda FACENE/RN	37
Gráfico 4 - Caracterização da Amostra quanto à Ocupação. FACENE/RN.	38
Gráfico 5 - Caracterização da Amostra quanto ao Estado civil. FACENE/RN.....	39
Gráfico 6 - Caracterização da Amostra quanto à Local da pesquisa FACENE/RN...	40

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO E PROBLEMATIZAÇÃO	12
1.2 JUSTIFICATIVA	13
1.3 HIPÓTESE	14
2 OBJETIVOS	15
2.2 OBJETIVO PRIMÁRIO	15
2.3 OBJETIVOS SECUNDÁRIOS	15
3 REVISÃO DE LITERATURA	16
3.1 CONSTRUÇÃO HISTÓRICA DO SUS	16
3.2 HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO	21
3.3 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO	25
3.4 ACOLHIMENTO NOS ESPAÇOS DE PRODUÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE	27
4 METODOLOGIA	30
4.1 TIPO DE ESTUDO	30
4.2 LOCAL DE ESTUDO.....	30
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	31
4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	31
4.5 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DOS DADOS.....	31
4.6 ANÁLISE DOS DADOS.....	32
4.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	33
4.8 FINANCIAMENTO.....	34
5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS	35
5.1 ANÁLISE DOS RESULTADOS DA FASE QUANTITATIVA.....	35
5.2 ANÁLISE DOS RESULTADOS DA FASE QUALITATIVA.....	40
5.3 CONHECIMENTOS SOBRE O AMBIENTE DE ESPERA DO CENTRO CIRÚRGICO.....	41
5.3.1 As sensações de aguardar informações sobre um paciente que está se submetendo a uma cirurgia agora.....	43
5.3.2 Como deveria ser o ambiente de espera para as pessoas que estão aguardando informações sobre paciente que está se submetendo a uma cirurgia.....	45
5.3.3 Como se sente como acompanhante com relação à humanização da assistência no ambiente de espera de um Centro Cirúrgico.	47

5.3.4 Como acompanhante qual a sua percepção sobre o acolhimento no ambiente de espera de um centro cirúrgico.....	49
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	51
REFERENCIAS.....	53
APENDICES	58
ANEXO.....	62

1 INTRODUÇÃO

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO E PROBLEMATIZAÇÃO

O centro cirúrgico é uma área essencial do hospital. É designado à realização de atos cirúrgicos, lá existem alguns critérios que devem ser obedecidos, determinando a área para uma única finalidade, realizar procedimentos operatórios. Esta área física dependerá das características do hospital, sua localização deve estar centralizada, em um lugar de fácil acesso, no entanto deverá estar distante do fluxo de pessoas. Os corredores devem dar acesso direto as áreas restritas da sala de cirurgia, desse modo não devem estar ligadas a outras áreas de circulação intensa (PIERSON, 2008).

No entanto, é necessário que exista um ambiente agradável para que os acompanhantes que estão a espera dos seus pacientes, sintam-se acolhidos no momento de maior tensão e esperança pela recuperação dos mesmos, assim, tornam-se indispensáveis a inclusão desses acompanhantes como clientes da equipe de saúde, visto que eles necessitam de cuidados e de informações, havendo dessa forma uma inserção na humanização hospitalar a disposição desses acompanhantes em um ambiente apropriado como por exemplo, uma sala de espera com condições adequadas e humanizada favorecendo um acolhimento para essas pessoas com as devidas informações e orientações (MALTA, 2011).

A humanização traz como conceito o cuidado, o respeito à individualidade do ser, uma forma de adequar a assistência humanizada de acordo com a necessidade do paciente, além do ponto de vista técnico e humano que contribui no processo de recuperação (PESSINI; BERTACHINI, 2009).

De acordo com os autores acima citados, a humanização dentro do âmbito hospitalar significa um serviço que não existe término, onde deve haver total empenho particular de cada profissional em época de rápidos progressos tecnológicos e profundas mudanças culturais. Podendo desenvolver qualidades e descobrir táticas para maior viabilidade da humanização, que, sem dúvidas, decorre o entendimento do significado da vida do ser humano.

Para Boff (2004) o cuidado tem basicamente como princípio a atenção e a preocupação. Os profissionais de saúde, quando despertam tais princípios, buscam suprir as reais necessidades de bem-estar dos usuários.

A partir dessa percepção, pode-se entender a importância da adesão da família na participação quanto à recuperação no ambiente hospitalar, a fim de influir na tranquilidade e fortalecer as condições emocionais e psicológicas do usuário nesse processo, melhorando a sua identidade e autoestima (BRASIL, 2009).

O acompanhante dos pacientes durante sua hospitalização colabora no sentido de prestar apoio psicológico e assistência, observando a maneira como ele está evoluindo no âmbito hospitalar e comunicando aos profissionais sobre qualquer alteração no quadro clínico do paciente. Diante disso, a assistência humanizada deve ser prestada tanto ao paciente como ao seu acompanhante, visto que este está igualmente inserido no processo de recuperação, embora indiretamente (BRASIL, 2009).

Em busca de entender melhor os sentimentos dos acompanhantes no ambiente de espera do centro cirúrgico (CC), optou-se como campo de pesquisa um hospital público de Mossoró, a fim de obter informações que descrevam a atual situação a que estão submetidos.

Em consonância, deve-se observar como essas pessoas são vistas e atendidas no momento em que deverão acompanhar um indivíduo doente. Deste modo esta pesquisa levanta a seguinte questão: qual seria a percepção de acompanhantes de pacientes que serão submetidos a procedimentos cirúrgicos sobre o ambiente de espera de um hospital geral?

1.2 JUSTIFICATIVA

A partir de observações realizadas durante a vida acadêmica nas práticas integradoras, foi percebida a permanência dos acompanhantes no corredor do Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia (HRTVM), haja vista o mesmo não possuir um espaço adequado para a espera do seu paciente pós-cirurgia. Portanto, o que me fez motivar a realização desta pesquisa.

O Sistema Único de Saúde (SUS) visa promover uma reflexão das dificuldades enfrentadas nas instituições em relação à estrutura organizacional que leva a deficiência na produção de um atendimento humanizado que deve priorizar cada etapa de atendimento para que exista uma adequação entre o serviço prestado e a utilização deste, de maneira que seja executado como determina os princípios estabelecidos pelo SUS (BRASIL, 2006).

Os resultados desta pesquisa poderão oferecer subsídios à gestão local para aprimorar o ambiente e gestão de pessoas para um cuidado mais humano e digno não apenas ao paciente que se submete a procedimento cirúrgico, mas também ao acompanhante que é parte integrante da produção da saúde.

Para a academia o desenvolvimento desta pesquisa é relevante, pois traz a possibilidade de investigar um contexto que apresentará um novo olhar sobre as experiências vividas pelos acompanhantes de pacientes que se encontram dentro do centro cirúrgico.

1.3HIPÓTESE

As percepções dos acompanhantes de pacientes que se encontram no centro cirúrgico do hospital pesquisado dizem respeito ao desconhecimento da presença de ambiente adequado na referida instituição, havendo a necessidade de um melhor acolhimento, ambiente adequado e diálogo com profissionais que executam a assistência durante o período em que aguardam informações ou propriamente seus pacientes.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO PRIMÁRIO

- Analisar na percepção de acompanhantes no ambiente de espera de Centro Cirúrgico em um Hospital Geral de Mossoró.

2.2 OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

- Caracterizar a situação social dos acompanhantes entrevistados;
- Verificar a percepção dos acompanhantes sobre o acolhimento no ambiente de espera de um Centro Cirúrgico;
- Analisar as sensações dos acompanhantes com relação à humanização da assistência no ambiente de espera de um Centro Cirúrgico;
- Correlacionar o resultado encontrado à luz dos referenciais teóricos com a Política Nacional de Humanização e do Sistema Único de Saúde.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 CONSTRUÇÃO HISTÓRICA DO SUS

No final do século XIX, a população pobre só dispunha de atendimento filantrópico dos hospitais de caridade mantidos pela igreja. Não havia uma forma de atuação sistemática do Estado sobre a saúde da população, apenas, e de forma eventual, este atuava em situações de epidemias (FONTINELE JUNIOR, 2008).

Na virada do século XIX para o século XX, a economia era essencialmente agrícola e as divisas necessárias para o crescimento do país eram vindas da exportação agrícola (FONTINELE JUNIOR, 2008).

No período da República Velha o quadro sanitário do Brasil era caracterizado pela existência de diversas doenças transmissíveis com condições de saneamento básico precário. As primeiras iniciativas do governo no campo da atenção à saúde se deram a partir de interesses meramente mercantis. Nessa época, não existia nenhuma política voltada para a atenção à saúde da população brasileira, visto que as práticas sanitárias não eram realizadas nas regiões que não tinham nenhuma importância estratégica para a economia do país (AGUIAR, 2011).

Nesta perspectiva os serviços de saúde estavam voltados para a garantia do desenvolvimento econômico, principalmente relacionado ao saneamento dos portos, foi criado o Instituto Soroterápico em 1900, no Rio de Janeiro, com a finalidade de pesquisa e desenvolvimento de vacinas. Criou-se no mesmo período o Departamento Federal de Saúde Pública, tendo Oswaldo Cruz como diretor. Esse departamento tinha como missão erradicar a febre amarela que causou epidemia em todo o país. Com a criação da vacina contra a febre amarela foi decretada uma lei tornando obrigatória a vacinação, desencadeando a revolta da vacina (FIGUEIREDO; TONINI, 2011).

De acordo com Polignano (2009) apud AGUIAR (2011), em 1920, Carlos Chagas assumiu a diretoria do departamento reformando o modelo de atuação, acrescentando programas através de propagandas e educação sanitária a população com o intuito de prevenir as doenças. A saúde pública nasce nesse período através do modelo sanitarista campanhista estruturado nos saberes baseados na bacteriologia e microbiologia.

Paralelamente a esse modelo, surge em 1923, a Previdência Social através da Lei Elói Chaves, incorporando assistência médica aos trabalhadores como uma de suas atribuições a partir de contribuição às Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP) (SOUTO-de-MOURA apud AGUIAR, 2011). Essas caixas eram utilizadas somente por empresas estratégicas para economia do país. Diante disso o trabalhador que não contribuísse com as CAP não tinha direito a assistência médica e a aposentadoria (FONTINELE JUNIOR, 2008).

“A partir de 1933, o governo Getúlio Vargas iniciou um movimento de transformação das CAP em Institutos de Aposentadoria e pensões (IAP), que passaram a congregiar os trabalhadores por categorias profissionais” (SCOREL; TEIXEIRA, 2008, p. 358). A contribuição dos trabalhadores da previdência era utilizada para investir na industrialização. A partir da unificação dos IAP, em uma única instituição estatal, surgiu o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1966, consolidando-se ao modelo brasileiro de seguro social e de prestação de serviços médicos (FONTINELE JUNIOR, 2008).

Figueiredo (2008) relata que com o surgimento do INPS, os trabalhadores rurais, as empregadas domésticas e os trabalhadores autônomos passam a serem beneficiados, já os trabalhadores do mercado informal não tinham direito a aposentadoria, pensão e assistência médica. Devido à não contribuição dos mesmos para o governo.

Destaca-se que até 1964, a assistência médica previdenciária e prestada, principalmente, pelos hospitais, ambulatórios e consultórios médicos da rede de serviços próprios dos Institutos, passando-se a partir de então à contratação prioritária dos serviços privados de saúde. Assim, o INPS passou a ser o grande comprador dos serviços privados de saúde, estimulando-se um padrão de organização da prática médica pela lógica do lucro (AGUIAR, 2011, p.30).

Em 1974 foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) elevando o Instituto ao nível de Ministério. Outra reforma foi o convênio do setor da previdência com sindicatos, universidades, prefeituras e governos estaduais. Essas reformas incentivaram a criação de hospitais universitários objetivando o desenvolvimento de recursos humanos adaptados às exigências da prática médica hegemônica, expandindo a oferta em saúde de lógica privatizante (FIGUEIREDO, 2008).

Nessa época a política econômica afetou negativamente o setor da saúde assim, “em 1976, foi criado junto ao Ministério da previdência Social (MPS), o Instituto Nacional de Assistência da Previdência Social (INAMPS), resultando na unificação da assistência à saúde do INPS com o FUNRURAL” (FERREIRA, 2011).

O INAMPS era responsável pela assistência médico-hospitalar dos trabalhadores urbanos e rurais. Essa assistência era apenas para os prestadores de serviços ou trabalhadores autônomos, que contribuísse com a previdência. Dessa maneira a população que não se adequasse nesse perfil, não tinha direito a assistência (FERREIRA, 2011).

O crescimento urbano dos estados das regiões Sul e Sudeste, resultou na necessidade de maiores recursos para garantir a assistência a essas populações. Esse fato motivou a previdência a emprestar dinheiro aos hospitais privados. Em decorrência disso o fundo perdido levou o INAMPS a uma crise, passando a atuar com as redes estaduais e municipais de saúde (FIGUEIREDO; TONINI, 2011).

Na década de 1980 ocorreu uma intensa crise financeira da Previdência Social, tudo em decorrência da universalização da cobertura aos serviços de saúde, visto que, muitos usuários utilizavam esses serviços sem que houvesse novas formas de financiamentos que cobrissem os recursos precisos para atender a demanda da população (ANDRADE; PONTES; MARTINS JUNIOR, 2000).

Diante disso, a partir de 1985, na ação interna da democratização do Brasil, deu-se o início um movimento de grande importância considerado por diversos atores públicos que trouxe o nome de Movimento da Reforma Sanitária (MRS) (ANDRADE; PONTES; MARTINS JUNIOR; 2000). Esse movimento teve um artifício político que mobilizou o povo brasileiro para novas estratégias e novos exemplos organizacionais dos princípios de serviços e práticas de saúde (VASCONCELOS; PASCHE, 2009).

A Reforma Sanitária significou um movimento conjunto de alguns profissionais como professores, pesquisadores e intelectuais da saúde, cuja pesquisa criticava o sistema de saúde atual, onde a maioria da população brasileira vivia em precárias condições de saúde. Ela oferecia opções para o desenvolvimento de uma nova política de saúde eficaz e democrática (ANDRADE; PONTES; MARTINS JUNIOR, 2000).

Mediante o exposto, a fim de conseguir a construção de uma nova política de saúde, essa Reforma Sanitária foi levada à frente, por esses profissionais, em união

com os movimentos sociais e os partidos políticos progressistas, onde tiveram definições de diretrizes fundamentais para a modificação dessas políticas e do sistema de saúde (NORONHA; LEVCOVITZ, 1994 apud FIGUEIREDO, 2008).

A partir da Reforma Sanitária ocorreu o grande marco histórico da época, a VIII Conferência Nacional de Saúde, que aconteceu em março de 1986, ocasionando um importante debate dos problemas do sistema de saúde e de propostas de reorientação da assistência médica e de saúde pública (AGUIAR, 2011).

Foram debatidos na VIII Conferência de Saúde os princípios e diretrizes da Reforma Sanitária destacando-se: o conceito ampliado de saúde, o reconhecimento da saúde como direito de todos e dever do estado, a criação do SUS (através da unificação dos serviços do INAMPS e do Ministério da Saúde), a descentralização e hierarquização dos serviços, a atenção integral às necessidades de saúde da população e a participação popular (AGUIAR, 2011, p.37)

Todas essas propostas foram encaminhadas à Assembleia Nacional Constituinte pela Comissão Nacional de Reforma Sanitária (AGUIAR, 2011). Diante disso houve a necessidade de fazer toda uma estrutura jurídico-institucional de um sistema universal, de acordo com os princípios da Reforma Sanitária. Então o documento exibido nessa Conferência serviu de menção para os representantes constituintes que elaboraram a Constituição de 1988 (ANDRADE; PONTES; MARTINS JUNIOR; 2000).

Esse texto constitucional foi transformado na Carta Magna de 1988, onde se divulgou garantias para a assistência no sistema de saúde com ações propostas que visam à promoção a saúde de todos, seja na sua individualidade e/ou coletividade, pronunciando que a população deveria ter acesso à saúde com melhorias cobertas pelos direitos básicos. (CARVALHO; SANTOS, 2006).

A partir da Constituição Federal foi aprovado o Sistema Único de Saúde (SUS), que incorporou em grande parte, os conceitos e propostas apreciadas na VIII Conferência. O SUS foi descrito oficialmente no capítulo da Seguridade Social, especificamente, nos artigos 196 a 200 desta seção (AMARAL, 2008).

A constituição em seu artigo 196 dedicou o princípio de que a saúde é direito de todos e dever do Estado, sendo garantida mediante políticas sociais e econômicas que visam diminuir o risco de doenças, assim como outros danos a saúde, devendo ter um acesso universal e igualitário em todos os serviços para

promover, proteger e recuperar a saúde dos indivíduos e coletividade (CARVALHO; SANTOS, 2006).

A Constituição destaca ainda, no artigo 197, que as ações e serviços de saúde são de relevância pública. Já no artigo 198 constitui o SUS como uma rede regionalizada e hierarquizada de acordo com as seguintes diretrizes: “descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e participação da comunidade” (AMARAL, 2008, p.27).

O artigo 199 conserva a assistência à saúde livre à iniciativa privada, onde as mesmas poderão participar do SUS de forma complementar, segundo diretrizes do SUS e mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência às instituições filantrópicas. E o último artigo dessa seção, o art. 200, apresenta as competências do SUS, detalhando suas atribuições dentre elas executarem as ações de vigilância sanitária, epidemiológica e de saúde do trabalhador e fiscalizar participando da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos (AGUIAR, 2011).

No final de 1990 foram aprovadas as leis regulamentadoras do SUS, essas leis tiveram influência da política social do governo Collor e passado dois anos desde a divulgação da constituição federal, na qual toda e qualquer assistência e serviço de saúde, sem restrição de pessoa tem como regra determinadas na lei de nº 8,080 deliberada em 19 de setembro de 1990. Independente de tais ações serem dadas pelo serviço público de saúde, pelo serviço privado como unidades hospitalares, clínicas, ambulatórios, laboratórios ou por profissionais liberais como médicos, enfermeiros, psicólogos, entre outros (FIGUEIREDO; 2008).

As Leis Orgânicas de Saúde (LOS) objetivam disciplinar e descentralizar política e administrativamente o sistema de saúde definindo critérios para distribuição de recursos para esta área, além de garantir que a comunidade participe deste processo (ANDRADE, 2007 apud SAITO, 2010). Elas possuem princípios éticos doutrinários que regem o direito à assistência do indivíduo e da sociedade, ao mesmo tempo possuem diretrizes organizativas responsáveis, pela organização racional do processo de assistência (SAITO, 2010).

A Lei 8.080/90 dispõe sobre as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde, regulando em todo o território nacional as ações e os serviços de saúde (FIGUEIREDO; TONINI, 2011). O artigo 4 dessa lei aponta o

sistema de saúde como “o conjunto de todas as ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, e das fundações mantidas pelo poder público, além da participação da iniciativa privada de maneira complementar” (BRASIL, 1990 apud AGUIAR, 2011, p.47).

O artigo 198 da constituição e artigo 7 da lei 8.080/90 traz como princípios doutrinários do SUS: a **universalidade** que permite ao cidadão o direito a cobertura do serviço de saúde em qualquer lugar onde existir o Sistema Único de Saúde; **Integralidade** que inclui a visão do ser humano como um todo, único e indivisível. Considera as diversas dimensões do processo saúde-doença, ou seja, prevê o cuidado e assistência continuada até a total reabilitação do indivíduo e/ou da comunidade na sociedade e **equidade** da assistência, que prega a igualdade, contudo prioriza as comunidades com maior risco de adoecer e morrer, visto que estes enfrentam a desigualdade socioeconômica (ANDRADE; PONTES; MARTINS JUNIOR, 2000; VASCONCELOS; PASCHE, 2009).

A Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990 dispõe sobre a participação da comunidade com igualdade e segurança da mesma, dando uma conexão no atendimento da rede pública no SUS com a complementação da rede privada de serviços desse sistema, no qual tinha o cofinanciamento das verbas da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, a fim de determinar e dar condição ao Estado de promover um bem estar físico, mental e social para o usuário (ANDRADE; PONTES; MARTINS JUNIOR; 2000).

As diretrizes que regem as LOS são: a **descentralização**, que dispõe ao município a responsabilidade pela administração e organização da assistência de saúde no seu território de forma direta, a **regionalização**, que segue os princípios da descentralização, mas de forma abrangente a partir da elaboração de um plano de desenvolvimento regional e a **hierarquização**, para o qual o atendimento acontece conforme o fluxo de classificação de usuários no serviço de saúde, ou seja, de acordo com necessidade de atendimento deste, emergencial ou não, podem ser direcionados para atendimento em Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidades de Pronto Atendimento (UPA) ou Hospitais de Referência (SAITO, 2010).

3.2 HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO

Na antiguidade, as práticas de enfermagem eram basicamente uma assistência domiciliar, e a realização de partos era efetuadas somente por mulheres de boa classe social e pelos sacerdotes (NOGIMI, 2008).

Posteriormente à Revolução Industrial, foi que a enfermagem surgiu como uma profissão, pois até então era tida como um sacerdócio e muitas vezes estas eram realizadas sem nenhum conhecimento. Com o avanço da ciência veio, então, a evolução das práticas de saúde gerando assim um avanço na medicina e a reorganização da instituição hospitalar (MATSUDA; SILVA; TISOLIN, 2003).

A partir dessa época a enfermagem passou a atuar destacando-se neste período com a figura de Florence Nightingale, que durante a guerra da Criméia teve uma postura revolucionária frente à assistência que prestou aos soldados ingleses feridos, resistiu à burocracia, buscando assim a melhoria da qualidade dessa assistência e na busca por materiais específicos, além de alimentos, leitos e materiais de higiene ambiental e pessoal nos alojamentos (MATSUDA; SILVA; TISOLIN, 2003).

De acordo com Barreira (2005), essas iniciativas serviram de bases para fundamentar a enfermagem como profissão, que tem por sua vez uma função de cuidar do ser humano, e que este cuidar, na contemporaneidade, é baseado nos conhecimentos técnicos e científicos, porém, sem esquecer a essência do cuidar humanizado, avaliando o usuário para além da doença e suas queixas, e promovendo a construção de um vínculo terapêutico, visando aumentar o grau de autonomia e de protagonismo dos sujeitos no processo de produção de saúde e a elaboração de projeto terapêutico individual e coletivo.

Segundo Boff (2004), o cuidado é algo que é maior que um ato, é uma atitude, quando falamos em cuidado esse não está restrito ao cuidado do ser humano, mas sim do ser vivo. De acordo com o autor, nós nos preocupamos com os animais que convivemos como: cachorro, gato, peixes, e até os pássaros habitam nossas plantas, isso é o que definimos como o cuidado, esse pode ser dividido em cuidado material, pessoal, social, e ecológico.

Entretanto pode-se falar que o cuidado entra na natureza e na constituição do ser humano, dessa maneira torna-se visível de forma concreta o modo-de-ser revelando uma forma real do ser humano, se o mesmo não recebe o cuidado do nascer até a morte esse deixa de ser humano (BOFF, 2004).

O cuidado deve estar presente em todos os momentos. De acordo com Heidegger (1989 apud BOFF, 2004), o cuidado quer dizer um fenômeno ontológico uma existência básica, que traduz um acontecimento que permite como base a existência natural humana, o que se precisa reconhecer é que o cuidado é o modo de ser essencial para os diferentes aspectos do cuidar, esse não tem que ser visto apenas como um momento de atenção ou zelo, e sim um momento de ocupação, de preocupação e de proteção.

O cuidar é mais que uma simples assistência em um âmbito hospitalar, é uma maneira de dedicação e responsabilidades, de modo a sentir-se contente com bem-estar do outro, o cuidado é o oposto do descuido, é contrário do descaso, é mais que um ato, é uma maneira de responsabilizar-se pelo próximo (BOFF, 2004).

No entanto, quando se fala em cuidado é impossível vê-lo desviado do ser humano, que por natureza é constituído de sentimento. Sem o cuidado o indivíduo perderá o sentido da palavra humano. O cuidado contínuo faz parte da vida, de forma que só a interferência biológica na recuperação não tem objetivado de maneira completa o que é necessário na saúde, que as necessidades vão acima do que se exige de um atendimento, onde exista a integralidade do ser humano, a qualidade de vida e a promoção da saúde que são fatores intrínsecos do cuidado. (ROCHA; ALMEIDA, 2000). Neste sentido observa-se o cuidado como elemento que deve ser integrado à prática da enfermagem efetivamente (ROCHA; ALMEIDA, 2000; FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).

No entanto são enfrentadas diversas limitações apresentadas hoje na assistência à saúde no Brasil. Independente de qual seja o entrave, se financeiro, político, organizacional ou ético, é necessário que exista uma qualidade na prestação desse serviço, essa assistência deve ser de forma indissociável, onde se enquadra tecnologias, saberes, recursos disponíveis no conjunto ou atenção singular do usuário, um olhar entre quem sofre e aqueles que tentam aliviar o sofrimento, trazendo para profissionais de saúde e os usuários, o diálogo como ferramenta fundamental na assistência (DESLANDES; AYRES, [2005]).

De acordo com a ideia que traduz basicamente o acolhimento, esse deveria ser estudado para averiguar a sua eficácia, observando se esse é realmente realizado nas Unidades de Saúde de modo a aperfeiçoá-lo, enquanto organização tecnológica de serviço de saúde (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).

Com o movimento da Reforma Sanitária, em 1986 estendeu-se a bandeira de luta pelos direitos democráticos dando vasta sequência a mobilização pela saúde na sociedade brasileira, daí nasce a VIII Conferência Nacional de Saúde (FEUERWERKER; 2005).

Ainda no pensamento da autora supracitada, as principais idéias-força da reforma sanitária, seriam: O modelo democrático na universalidade e equidade, tendo a saúde como garantia ao direito individual do sujeito, no sentido da construção de competência local pelos gestores sociais democráticos, com a sugestão de formar novos conceitos em relação à saúde, buscando um determinado reconhecimento no processo saúde-doença, trazendo uma perspectiva de atenção integral às necessidades de saúde da população.

A maneira em que se direcionam o processo que se repete para todos os níveis de produção do cuidado, seja essa social ou particular, vai determinar a configuração de certa micropolítica que é percebida através do atuar diário dos indivíduos na relação entre si e o lugar em que se encontram, observamos que há um conceito de que a formação de pequenos contextos se insere no direcionamento dos projetos do cuidado (FRANCO, 2006).

De acordo com Waldow (2001), o cuidar é considerado não apenas como uma agilidade ou empreitada realizada no aspecto de tratar um ferimento, suavizar um desconforto e auxiliar na cura de uma patologia, procura ir adiante, tentando capturar no sentido mais extenso. O cuidado é uma maneira de estabelecer um relacionamento com o outro ser e com o mundo, enfim uma forma de viver plenamente.

As mulheres foram, conforme estudos, as primeiras a exercitar o cuidado, não pela obrigação de cuidar dos seus homens e crianças ou pela realização de partos, mas pelo conhecimento adquirido a partir do desenvolvimento das tarefas que lhes eram impostas pelo meio em que vivia tão associada com o solo através da agricultura. Esta experiência lhes deram conhecimento das frutas, plantas, raízes e sementes e assim foram se habilitando a desenvolver a arte do cuidar distinta da mágica dos religiosos ou shamans, desde os primórdios (WALDOW, 2001).

Foi à mulher quem primeiro tratou no sentido de cuidar e medicar, elas ao longo do tempo, além das práticas de cuidado relacionadas aos papéis reprodutivos, exerceram cuidados aos incapacitados e idosos, aplicando sua atenção a educação

dos filhos e manutenção da casa, a preparação dos alimentos e em muitos costumes, como no preparo dos medicamentos caseiros (WALDOW, 2001).

Conforme Deslandes (2005), a humanização segue na mesma direção das propostas de mudança do convívio entre aqueles que prestam assistência e aqueles que se utilizam desta. A utilização da escuta, acolhimento, diálogo e negociação são itens que favorecem o desenvolvimento e organização deste cuidado. Tendo olhar específico do cuidador para com o usuário de acordo com a necessidade deste de forma mais abrangente a fim de perceber a origem do problema a partir do diálogo.

Assim, verifica-se a necessidade do compromisso com o ambiente para melhorar as condições de assistência no atendimento ao usuário valorizando também o profissional que presta o serviço e aumentando a responsabilidade destes na promoção da saúde (BRASIL, 2004 apud DESLANDES, 2005).

3.3 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

Desde bem antes a 9ª Conferência Nacional de Saúde, que o tema humanização vem sendo discutido e em 2003 foi instituída a Política Nacional de Humanização (PNH) do SUS. Essa política visa, entre outros aspectos, possibilitar um adequado acolhimento e escuta dos usuários do serviço de saúde (SILVA; ARIZONO, 2008). Dessa maneira, a humanização mostra ser uma busca pela qualificação dos serviços de atenção ao cuidado à saúde (FALK; RAMOS; SALGUEIRO, 2009).

A humanização no processo do atendimento em saúde mostra-se relevante na atualidade, pois a constituição de um atendimento humanizado firmado na informação dos princípios, como a integridade da assistência, a equidade, a participação social do usuário, dentre outros, demanda uma revisão nas práticas diárias, ostentando a criação de um ambiente de trabalho menos impreciso que possa valorizar a dignidade do prestador de serviço e do usuário, buscando modos eficazes para humanizar as práticas em serviço de saúde (CASATE; CORRÊA, 2005).

A PNH busca promover autonomia e protagonismo de trabalhadores, usuários e gestores, estabelecendo vínculos solidários e participação coletiva na gestão, mudando os modelos de atenção e de gestão dos processos de trabalho em saúde

e compromisso com melhoria das condições de trabalho e atendimento (ARCHANJO; BARROS, [2009?]).

O que pode se perceber é que a rede de humanização em saúde está construída permanentemente com a solidariedade e laços de cidadania. Assim sendo tem o seu olhar voltado para cada sujeito na sua especificidade, vendo sua história de vida, mas também, o vendo como indivíduo de um coletivo, um sujeito da história de muitas vidas (BRASIL, 2004).

A humanização é entendida como: a valorização dos diversos sujeitos que implica no processo de produzir saúde, é uma troca ao mesmo tempo em que se constrói saberes; estabelecendo vínculos solidários e participação coletiva no processo de gestão e o compromisso com a ambiência, para melhores condições de trabalho para os profissionais e de atendimento para os usuários (BRASIL, 2004).

A PNH é uma política pública de saúde que reafirma os princípios da universalidade, equidade e integralidade do SUS, mas, também, propõe outros princípios dos quais não se pode abrir mão se queremos um SUS resolutivo e de qualidade. Dessa forma, a PNH está embasada em princípios como: a inseparabilidade entre o atendimento clínico e a política, a não separação entre o cuidado e a gestão nos métodos de produção de saúde, a transversalidade que é entendida como um elevado grau de acessibilidade de comunicação dentro e/ou entre os grupos, aumentando o vínculo entre a gestão e a atenção nos serviços de saúde (PASSOS, 2006).

As diretrizes da PNH buscam, através de métodos que divulgue orientações gerais como a inserção do usuário, servidores e gestores inclusive a gestão do serviço de saúde que esta vinculada através de exercícios como: clínica ampliada, na valorização do trabalho, no acolhimento, na defesa dos direitos dos usuários, etc. (SANTOS FILHO; BARROS; GOMES, 2009).

O acolhimento está inserido como uma das diretrizes da PNH, e é compreendido como à recepção de necessidades de saúde que se expressam na forma de demandas para os serviços e profissionais da saúde. O acolhimento é uma direção fundamental para a construção de redes de atenção, redes de cuidado (PASCHE, 2009).

É necessário ressaltar que a PNH garante ao usuário de maneira inquestionável o direito à visita aberta e o benefício a acompanhante, este deve ser visto como uma peça-chave na recuperação do receptor do cuidado e não como

alguém que atrapalha o serviço que está sendo executado, assim terá também assistência de uma equipe multidisciplinar de referência (BRASIL, 2009a).

O Programa de Formação em Saúde e Trabalho (PFST), inserido na PNH traz projetos designados, articulados e ligados aos órgãos atuando em indicadores de saúde que apontam dispositivos no processo específico dos serviços em saúde (SANTOS FILHO; BARROS; GOMES, 2009).

O autor supracitado nos traz direções que enfoquem a PNH concretizada nos serviços de saúde, sem que se submetam a coerência dos modos na funcionalização estabelecidas desse serviço, como trabalhar superando e exercendo as divisões entre os que pensam e os que fazem da mesma forma entre os que planejam e os que executam entre os que geram e os que cuidam, para se associar a cada uma das hipóteses, impondo assim a necessidade de refletir sobre o modo dos que foram escolhidos como princípios e diretrizes da Política Nacional de Humanização, envolvendo uma agilidade centrada, dentro de um espaço de coletividade, produzindo conhecimentos de negociação e gestão.

3.4 ACOLHIMENTO NOS ESPAÇOS DE PRODUÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

O sentido do acolhimento é fundamentado na escuta, na atenção, concernente a conexão de trabalho em equipe, para assim, instigar o respeito à autonomia do usuário, para incentivá-lo a vencer todas as dificuldades, despertando ainda o método de auto-organização, e fazer-se entender que acolher é diferente de atender a todos (GOMES; PINHEIRO, 2005).

Neste sentido é o que difere de triagem, já que não se constitui como parte do processo, mas como ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde (BRASIL, 2009b). Assim o acolhimento é percebido como um ato ou efeito de acolher e de ser acolhido, é o modo de receber e/ou de ser recebido, é recepcionar, é proporcionar hospitalidade, é produzir um local de conforto e é compreender que os profissionais da área de saúde atuantes nas estratégias de assistência a população devem aprimorar a recepção do usuário no atendimento resolutivo garantindo a este o sentimento de segurança, de forma acolhedora e qualificada (HOUAISS; VILLAR, 2001 apud MORAIS et al, 2011; BRASIL, 2009b).

O acolhimento está também inserido nos processos de trabalho em saúde, atendendo a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e

assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários, orientando estes a outros serviços de saúde que possam contribuir para a continuidade da assistência tornando assim o atendimento eficiente (BRASIL, 2009b).

A viabilização de uma infraestrutura física e humana é indispensável à boa qualidade da assistência nos serviços de saúde, já no aspecto humano, a qualificação do profissional de saúde depende de uma instrução prática que é desempenhada nas universidades, indispensável para influenciar uma modificação no sistema social, político e econômico da população (MORAIS et al, 2011).

Dessa maneira passamos por diferentes circunstâncias no cuidado, decorrente da grande aflição de pacientes diante do seu problema de saúde na rede assistencial, pois alguns profissionais fixam seu olhar no órgão enfermo, sem se preocupar com o atendimento a esse usuário, na plenitude de sua cidadania e na integridade de seus conhecimentos como pessoa singular (MORAIS et al, 2011).

O modelo assistencialista atual tem sido incapaz de lidar com a complexidade dos problemas no processo saúde-doença, de modo que buscar uma alternativa é urgente e importante, de maneira mais criativa e eficaz, para amenizar a angústia e o sofrimento das pessoas, minimizando as falhas do sistema de saúde. Assim se faz necessário investir em recursos a fim de estudar novos caminhos objetivando melhorar o atendimento tornando-o mais humanizado (GOMES; PINHEIRO, 2005).

Neste sentido o serviço de saúde lida com diferentes situações de crise, de indivíduos que necessitam de atendimento, onde as emoções, crises, sofrimento, angústias, gratidão, confusão, ansiedade e medo são sentimentos que afloram repentinamente de acordo com a fragilidade do usuário e de sua família, assim o que é passado a estes toma diferentes proporções de acordo o atendimento que lhes é prestado, despertando ou não a confiança nestes profissionais (MORAIS et al, 2011).

Diante disso, o profissional deve saber ouvir, compreender e respeitar o que está sendo informado pelo usuário, para que desse modo ele saiba julgar com precisão, as necessidades desse paciente, respondendo com ações adequadas e trazendo resolutividade para os problemas descritos (SANTOS FILHO; BARROS; GOMES, 2009; ROCHA; ALMEIDA, 2000).

O acolhimento vai muito além de uma recepção de qualidade, implica nas posições humanas e relacionais que conduzem confiança e segurança no

atendimento ao usuário, onde para inserir o acolhimento é necessário reconhecer o estabelecimento em alguns pontos essenciais como: conhecer o perfil da clientela, quantidades de atendimentos diários; os horários de picos de atendimento; definir os fluxos para o paciente; protocolos de atendimento e classificação de risco; qualificar as equipes da recepção, enfermagem e segurança; e dependendo do porte da unidade, um orientador de fluxo, e adequar às áreas de atendimento, sejam essas para o acolhimento e a classificação de risco, sejam nas áreas de pronto atendimento e de emergências (MORAIS et al, 2011).

MORAIS et al (2011) relata que a percepção das necessidades dos usuários é notada mais rapidamente a partir do acolhimento, resultado de uma escuta de qualidade, da ressignificação da relação do profissional com o usuário, o que fortifica a atitude destes e sua sensibilidade em relação à percepção do outro.

Segundo Moraes et al (2011) O cuidado com o paciente é composto por algumas atividades fundamentais no desenvolvimento de seu processo é necessário planejar o atendimento monitorando os resultados e fazendo seu acompanhamento, contudo incluindo seus familiares no processo de recuperação a fim de obter uma resposta mais rápida e positiva do seu quadro.

Assim a assistência não deve ser prestada exclusivamente ao doente, pois a presença de um acompanhante possibilita uma melhora no processo saúde-doença visto que este se sente mais protegido sabendo que está sendo assistido por uma pessoa próxima (BRASIL, 2009a).

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa exploratória de caráter descritiva com abordagem quanti-qualitativa. Esta deverá obter dados relacionados à informação e identificação das percepções dos acompanhantes de usuários que se encontram no espaço do centro cirúrgico de um hospital geral, a partir da análise teórico-científica.

A pesquisa exploratória tem como objetivo desenvolver e proporcionar compreensão geral acerca do objeto de estudo, possibilitando a coleta de informações e comprovações determinantes ao desenvolvimento desta a partir da investigação. (FIGUEIREDO, 2004; GIL, 2009)

O caráter descritivo da pesquisa refere-se ao aspecto de descrição do perfil da amostra que serão obtidas através de técnicas padrão para efetuar a coleta de informações, que será adotada em determinado momento da análise dos dados coletados. (FIGUEIREDO, 2004)

Sobre a abordagem quanti-qualitativa Figueiredo (2004, p.107) relata que o “método que associa análise estatística à investigação dos significados das relações humanas, privilegiando a melhor compreensão do tema a ser estudado, facilita desta forma, a interpretação dos dados obtidos”.

4.2 LOCAL DE ESTUDO

O local de investigação da pesquisa foi o Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia (HRTVM), localizado na cidade de Mossoró, no estado do Rio Grande do Norte. Uma vez, que é um hospital geral de grande porte, referência para toda a região Oeste do Estado, desempenhando um atendimento de urgência e emergência pelo SUS sua estrutura é composta por: Pronto Socorro (PS), Clínica médica; Clínica Cirúrgica; Clínica pediátrica; Unidade de Paciente Infectado (UPI); Serviços de Traumatologia, serviços de Buco Maxilo Facial, Serviços de Enfermagem; Serviço Social, Nutrição e Dietética; Fisioterapia; Terapia Ocupacional, Saúde Ocupacional, Centro Cirúrgico composto por 4 salas, uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) com 9 leitos; Serviço de Diagnóstico e Imagem de Raio X,

Endoscopia, Ultra - sonografia e Tomografia computadorizada, Laboratório de análises Clínicas e outro de microbiologia.

A pesquisa foi no espaço de espera do HRTVM, onde se encontravam os acompanhantes de paciente no centro cirúrgico do HRTVM, pois este é um hospital que recebe o maior fluxo de pacientes que necessitam de cirurgias de urgência.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população foi composta pelos acompanhantes de usuários que estavam no ambiente de espera do centro cirúrgico que aguardavam por informações sobre usuários que estavam sendo submetidos a procedimentos cirúrgicos ou que foram submetidos a tais procedimentos, mas permaneceram dentro do bloco. A amostra foi constituída de 10 sujeitos.

Foram adotados como critérios para inclusão na pesquisa, ser maior de 18 anos e menor de 60 anos; estar em boas condições físicas e mentais. Como critérios de exclusão, não participaram da pesquisa, crianças e idosos, pessoas que apresentavam algum comprometimento físico e/ou mental.

4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Foi utilizado um formulário que conforme Marconi e Lakatos (2007) esse é definido como uma ferramenta eficaz para investigação da sociedade, no qual o sistema de coleta de dados obtém informações diretamente do participante da pesquisa. O formulário trouxe como característica o contato frente a frente entre o pesquisador e o pesquisado, esse preenchimento do roteiro de perguntas no momento da pesquisa foi feito pelo pesquisador.

Assim para Minayo (2000), Marconi e Lakatos (2007) o pesquisador aborda temas importantes que busca determinar um diálogo profissional a respeito de um assunto pertinente a pesquisa.

A utilização conjunta dessas técnicas visou alcançar os objetivos esperados da pesquisa.

4.5 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DOS DADOS

Após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética da FACENE/FAMENE João Pessoa-PB, e com um encaminhamento de um Ofício pela Coordenação do Curso de Monografia da FACENE, Mossoró-RN, à Coordenação do Núcleo de estágio e Educação Permanente (NEEP) do HRTVM, foi realizada a coleta de dados no mês de Outubro e Novembro/2012, por meio de um formulário, estruturado com perguntas abertas e fechadas.

Os participantes potenciais foram abordados dentro dos critérios de inclusão anteriormente citados; foram apresentados os objetivos, a justificativa e os possíveis riscos da pesquisa; em seguida foi requisitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Este documento contém as informações referentes à pesquisa e garantem os direitos do participante, a liberdade do sujeito em recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado; a garantia do sigilo que assegure a privacidade dos sujeitos quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa.

A coleta foi realizada a partir do formulário, onde foram usados estímulos indutores, verbais e escritos, com a finalidade de obter espontaneamente respostas sobre o objeto em estudo, o formulário tem como objetivo designar uma quantidade de perguntas que serão anotadas por um entrevistador no momento da pesquisa (SELTIZ, 1965, p. 172 apud MARCONI; LAKATOS, 2007).

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os referentes dados foram analisados de maneira quanti-qualitativa, onde os resultados quantitativos foram analisados a partir da estatística descritiva e apresentados em forma de gráficos discutido a luz da literatura pertinente.

Nos resultados qualitativos usou-se um método que se adaptou a pesquisa e a interpretação das informações coletadas, a partir da Análise Temática de Conteúdo.

Segundo Bardin (2010, p.33) “a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações”. Nesse sentido, ainda conforme a autora, percebe-se que a análise de conteúdo tem como domínio a iniciativa que consiste em explicitar e sistematizar o conteúdo das mensagens, como também a expressão desta, onde o analista pode dispor ou criar toda uma alternativa de operações de

análises adaptadas a questão que busca resolutividade, aumentando assim a sua validade, almejando fundamentação na sua interpretação final (BARDIN, 2010).

De acordo com as abordagens metodológicas que exprimem a pesquisa, diferenciando a pesquisa qualitativa - quantitativa, sabe-se que apesar das diferenças que existem entre essas pesquisas, não se demonstram exclusão na qual possa haver oposição entre ambas, presume-se que se completem contribuindo assim para o mesmo estudo e um melhor entendimento do objeto estudado (BARDIN, 2010).

Conforme Bardin (2010) análise temática de conteúdo distingue como base a etapa da exposição ou elaboração do material a partir da inferência ou dedução assim como a explanação. Dessa maneira o tópico básico da pré-análise, é a leitura flutuante inicial em relação aos textos, onde a opção das informações é, diante de conhecimentos, nos casos de relatos transcritos, a formulação das hipóteses e objetivos incluídos no estudo.

A busca de informações que fizessem correspondência ao assunto da pesquisa a fim de criar uma base teórica para o desenvolvimento desta constitui o corpus de trabalho, um conjunto informacional que objetiva fornecer conteúdo para análise dos dados coletados (BARDIN, 2010).

Para Bardin (2010) a técnica de análise temática, que será utilizada neste estudo, fundamenta-se em executar e desmembrar o que será escrito no texto em unidades, para desvendar os mais diversos significados que formam o diálogo.

De modo que na fase de categorização, que classifica os objetos da análise conforme seus aspectos reagrupando-os a partir das diferenças e semelhanças correspondentes, de acordo com critérios que demonstram os seguintes requisitos, exclusão recíproca, homogeneidade, pertinência, objetividade, lealdade e produtividade (BARDIN, 2010).

Na última fase está relacionado ao tratamento de inferência onde a comunicação é um mecanismo utilizado para uma melhor interpretação das informações obtidas para sua posterior organização na pesquisa objetivando a análise reflexiva das entrevistas (BARDIN, 2010).

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Os aspectos éticos provenientes do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE) serão garantidos, mediante o respeito aos princípios de honestidade e fidedignidade, bem como os direitos autorais no processo de pesquisa, especialmente na divulgação dos seus resultados (BRASIL, 2007).

Coadunando com os aspectos éticos contidos no CEPE, os dados da pesquisa não serão alterados, bem como, não serão usados para fins diferentes dos pré-determinados. Nem tampouco se publicará trabalho com elementos que identifique o sujeito participante do estudo sem sua autorização (BRASIL, 2007).

De acordo com a resolução 196/96, editada em outubro de 1996 pelo Conselho Nacional de Saúde, esta pesquisa atenderá aos princípios da autonomia, beneficência, não maleficência e justiça (BRASIL, 1996). Para atender aos seus princípios, buscar-se-á realizar a pesquisa com indivíduos com autonomia plena, respeitando sempre os valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, bem como os hábitos e costumes quando as pesquisas envolverem comunidades; devendo ainda assegurar a inexistência de conflito de interesses entre o pesquisador e os sujeitos da pesquisa ou patrocinador do projeto (BRASIL, 1996).

A pesquisa apresentou riscos mínimos, os benefícios superaram os riscos assim, examinar as percepções dos acompanhantes de pacientes que estão no centro cirúrgico de um hospital público geral de Mossoró sobre o ambiente de espera deste setor.

4.8 FINANCIAMENTO

Todas as despesas decorrentes da viabilização dessa pesquisa foram de responsabilidade da pesquisadora associada. A Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró se responsabilizou em disponibilizar referências contidas em sua biblioteca, computadores e conectivos, bem como orientador e banca examinadora.

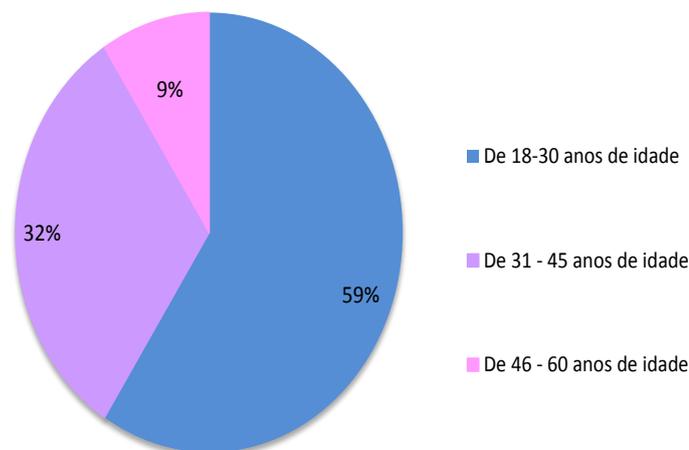
5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

Segue abaixo expresso em gráficos a análise quantitativa e a qualitativa será discutida através da análise temática de conteúdo segundo Bardin (APÊNDICE A).

5.1 ANÁLISE DOS RESULTADOS DA FASE QUANTITATIVA

Os aspectos referentes à identificação pessoal e profissional (APÊNDICE B) aplicados aos participantes da pesquisa durante a coleta dos dados foram os aspectos como: idade, escolaridade, renda, estado civil e conhecimentos sobre o ambiente de espera do Centro Cirúrgico. Segue o gráfico 1.

Gráfico 1 - Caracterização da Amostra quanto à Idade.



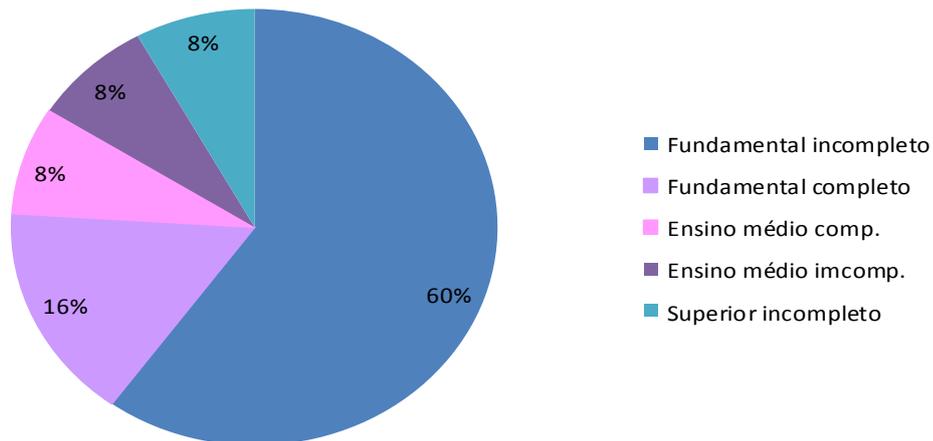
Fonte: Pesquisa de campo (2012) FACENE/RN.

Observou-se quanto à idade dos acompanhantes de pacientes cirúrgicos que 59% da amostra tem entre 18 à 30 anos de idade, 32% tem entre 31 à 45 anos e 9% tem entre 46 à 60.

Constatando assim uma predominância entre os entrevistados de jovens/adultos, essa faixa etária se faz relevante para o entendimento de

informações repassadas pelos profissionais da saúde que assistem o paciente cirúrgico.

Gráfico 2 - Caracterização da Amostra quanto à Escolaridade.



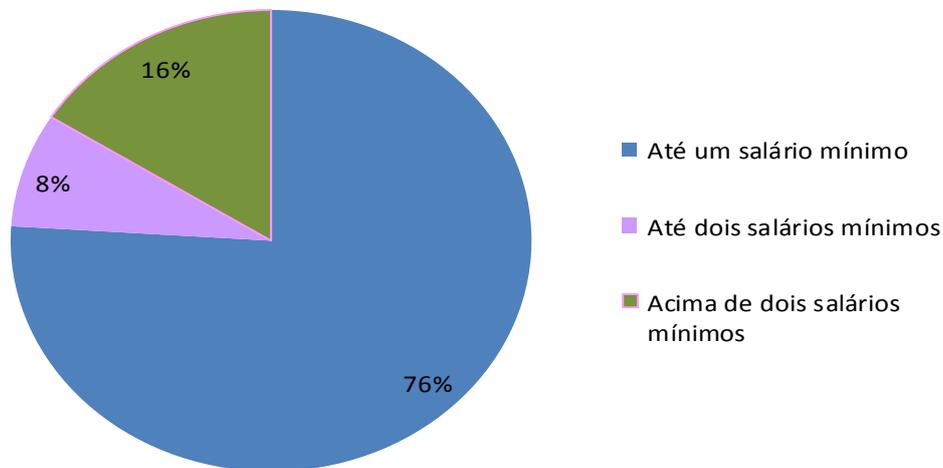
Fonte: Pesquisa de campo (2012) FACENE/RN.

Constatou-se que 60% dos entrevistados possuem como grau de instrução o ensino fundamental incompleto, 16% dos entrevistados possuem como grau de instrução ensino fundamental completo, 8% dos pesquisados relatam possuir como grau de instrução o ensino médio incompleto, já 8% dizem possuir como grau de instrução ensino médio completo, como apresenta-se no gráfico 2.

Embora nenhum dos entrevistados possuam o ensino superior completo, todos são alfabetizados, facilitando assim um processo de melhor clareza sobre o tema explorado, de certa forma facilita o entendimento para o esclarecimento no momento da pesquisa.

A alfabetização traz fatores positivos enquanto processo que envolve não somente o domínio de uma linguagem escrita, mas práticas que são essenciais nos processos de raciocínio, ajudando assim na sua compreensão (REIS, 2000).

Gráfico 3 - Caracterização da Amostra quanto à Renda.



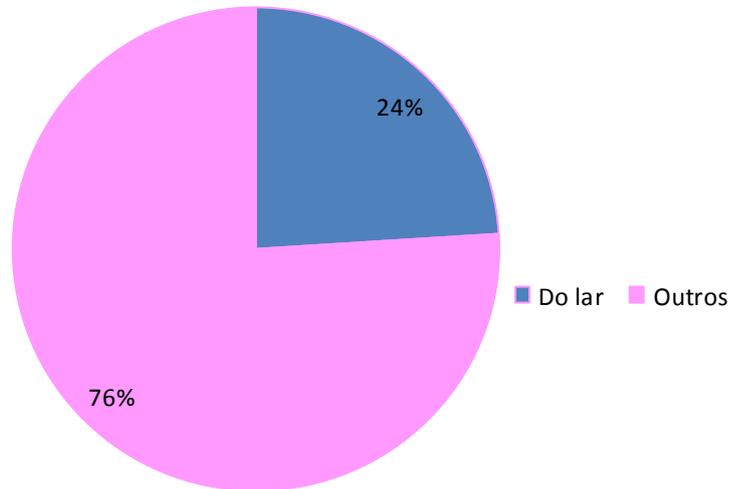
Fonte: Pesquisa de campo (2012) FACENE/RN.

O gráfico 3 verificou-se que 76% possuem renda de até um salário mínimo por mês, enquanto que 8% é de até dois salários mínimo, já 16% dos participantes da pesquisa possuem acima de dois salários mínimos.

De acordo com a amostra, observou-se que a maioria da população tem como renda até um salário mínimo, com isso é percebido que a dificuldade de acesso ao serviço de saúde é mais predominante devido às condições econômicas da população entrevistada.

Tendo em vista que, a amostra da pesquisa é uma classe que vive em condições não muito favoráveis, para utilizar o serviço privado de saúde, e sim o serviço público de saúde. De maneira que é considerada classe pobre, de modo que a sua renda familiar mensal não é suficiente para realizar as necessidades para manutenção e sobrevivência desses indivíduos vivendo com um salário mínimo, ou até mesmo, menos de um salário mínimo mensal (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2006).

Gráfico 4 - Caracterização da Amostra quanto à Ocupação.

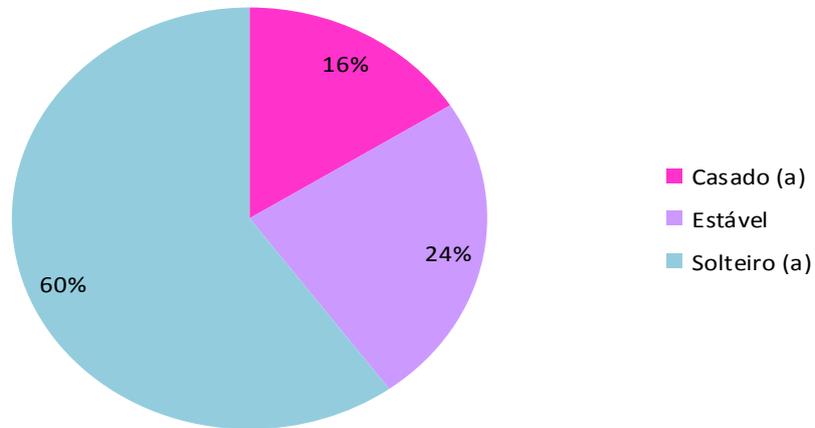


Fonte: Pesquisa de campo (2012) FACENE/RN.

No gráfico 4 verificou-se que 24% dos entrevistados tem como ocupação do lar, 76% se dividiram em outras ocupações, como: Doméstica, Auxiliar de Serviços Gerais, Aposentada, Estudante, Professora, Operador de Máquinas Pesadas, Assistente Administrativo.

A ocupação do indivíduo é de suma importância, pois disponibiliza ao paciente cirúrgico o cuidado de um acompanhante que possa estar ao seu lado durante o seu processo de recuperação. Ressalta ainda, que o acompanhante que tem ocupação formal ou informal possui uma carga horária com situações de estresse nociva a sua saúde e a do paciente.

Gráfico 5 - Caracterização da Amostra quanto ao Estado civil.

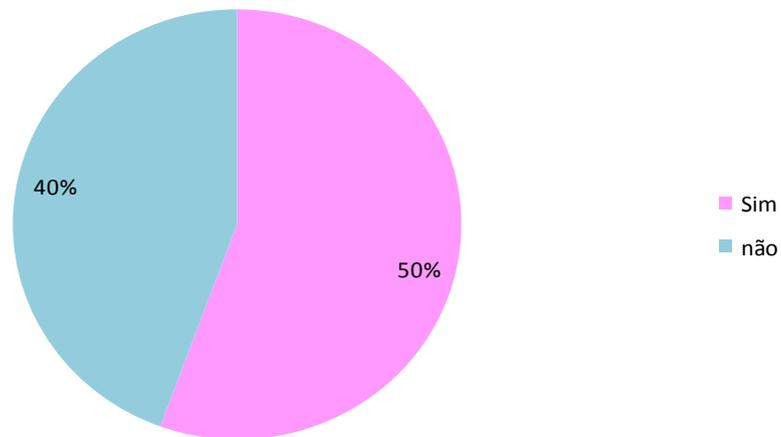


Fonte: Pesquisa de campo (2012) FACENE/RN

Observou-se que 60% dos entrevistados são solteiros e apenas 16% da população entrevistada é casada (o), 24% vivem uma relação estável, como apresenta-se no gráfico 5.

Entendendo-se como casado, todo aquele que divide o mesmo espaço e está intimamente juntos. Assim como, se entende como solteiro, todo aquele que não estabelece vínculo íntimo, convivendo com outra pessoa sob o mesmo teto.

Gráfico 6 - Caracterização da Amostra quanto à Local da pesquisa.



Fonte: Pesquisa de campo (2012) FACENE/RN.

Comprovou-se que 60% dos entrevistados afirmam conhecer o local da pesquisa, e diz saber o que é um ambiente de espera de um centro cirúrgico, 40% dos entrevistados negam conhecer esse espaço, e relatam ser totalmente alheio a tal informação até o momento da pesquisa, como observa-se no gráfico 6.

Diante disso compreende-se que o ambiente de espera, seja um local de escuta, de compreensão, respeito e informação para que sejam respondidas e resolvidas as necessidades e os problemas descritos pelos acompanhantes que estão naquele ambiente, de maneira que a assistência e humanização podendo também ser vinculada a este acompanhante, para que este se sinta mais confortável e acolhido diante de uma situação de medo e desconforto emocional (SANTOS FILHO; BARROS; GOMES, 2009; ROCHA; ALMEIDA, 2000; BRASIL, 2009a).

5.2 ANÁLISE DOS RESULTADOS DA FASE QUALITATIVA

Para a concretização da análise sobre a temática em discussão, de acordo com a categorização de Bardin, tornou-se necessário a colocação de alguns sentimentos descritos a seguir: conhecimento sobre a percepção dos acompanhantes de pacientes cirúrgicos no ambiente de espera de um centro cirúrgico, o que esse acompanhante entende sobre o espaço de espera lugar em

que se espera seu paciente ao ser submetido a um ato cirúrgico, e qual o seu sentimento enquanto aguarda a saída ou notícias do seu paciente.

Dessa maneira a finalidade de pesquisar os acompanhantes sobre os pontos importantes na percepção desses no ambiente de espera do centro cirúrgico a fim de adquirir maiores conhecimentos sobre o assunto explorado. De acordo com o tema citado anteriormente, desenvolveu-se a análise dos dados, que está exposta da seguinte forma: fala dos entrevistados, opinião da pesquisadora e citações de referenciais teóricos.

De acordo com um dos direitos dos entrevistados será garantido o sigilo absoluto sobre suas identidades, serão totalmente preservadas, sendo usados alguns cognomes, que nas suas popularidades trazem nomes de pedras preciosas, como: Ágata, Ambar, Água-marinha, Opala, Pérola, Espinela, Pedra da lua, Jade, Jaspe, Onix.

5.3 PERCEPÇÃO SOBRE O AMBIENTE DE ESPERA DO CENTRO CIRÚRGICO

Buscou-se pesquisar sobre o conhecimento a cerca do ambiente de espera do centro cirúrgico, com o objetivo de analisar a percepção dos acompanhantes no ambiente de espera de um centro cirúrgico.

Conforme Fernadez, ([2008]) o conhecimento é algo que pode ser transmitido indiretamente ou de forma impessoal, é objetivo, o qual pode ser adquirido através de computadores, livros e meios de comunicações, como: Televisão, rádio, etc. Enquanto que o saber só pode ser construído, de maneira direta, ou seja, de pessoa para pessoa, sem possibilidade de sistematização.

Entende-se que a maioria dos entrevistados explana conhecer, como ouvir falar ou saber algo sobre o local. No entanto, sabe-se que conhecer, vai além de ouvir falar ou saber algo sobre o assunto, através dessa observação, nota-se como isso implica, com relação ao conhecimento dos entrevistados e as respostas subjetivas colhidas de acordo com o gráfico 6.

No momento da entrevista os acompanhantes não responderam de acordo com a pergunta em questão, descreveram o ambiente de espera como um lugar de ansiedade e/ou outros sentimentos, quando a assunto estava voltado para o espaço físico do local e não o que esse representava.

As respostas dos entrevistados foram em geral semelhantes. Porém, algumas não nos mostravam tanta segurança, respondendo devidamente como esperado.

Como um dos direitos dos entrevistados é o sigilo de suas identidades, foram utilizados tais cognomes de pedras preciosas como: *Ágata, Ambar, Água- marinha, Opala, Perola, Onix, Espinela, Pedra da Lua, Jade, Jaspe.*

Ágata diz:

“(...) É um lugar de muita tensão e ansiedade”

Ambar relata:

“(...) Não é bom está nesse ambiente, causa angústia, perturbação essa espera por notícias”.

Água-marinha, responde:

“(...) É um ambiente normal, mas fico triste esperando notícias”.

Opala exprime:

“(...) Esse lugar, causa ansiedade pela espera por informação”.

Pérola explica:

“(...) Acho que esse lugar causa agonia na pessoa que fica aqui”.

Espinela explica:

“(...) Acho que aqui há uma desvalorização com aquele que espera, pois é um corredor quente, que a todo o momento que uma porta se abre, cria-se uma expectativa, esperando que alguém vá chegar com informações sobre o paciente”.

Pedra da lua, diz:

“(...) A pessoa fica numa expectativa sobre notícias, na espera, sem saber se vem uma notícia boa ou ruim”

Jaspe relata:

“(...) Não é um ambiente agradável, mas os profissionais nos recebem bem”.

Diante das respostas obtidas pelos entrevistados, em sua maioria revelou-se conhecer o que é um ambiente de espera do centro cirúrgico. Todavia a evidência é que houve uma falta de compreensão por parte dos entrevistados em relação ao espaço pesquisado, as respostas não estão focalizadas no assunto questionado, em que os entrevistados relataram sentimentos sobre o estado de saúde do seu paciente e não a percepção do espaço de espera de centro cirúrgico em que se encontravam.

Em relação aos acompanhantes, a sua presença naquele espaço, mostra uma dificuldade em obter informações sobre o estado de saúde do seu paciente, de maneira que, esse acompanhante deve ser visto como um sujeito que necessita de um olhar atento e humano, devendo esses receber atenção e informações sobre seu paciente. Porém, dizem sentirem-se inibidos para fazer alguma exigência sobre o ambiente.

5.3.1 A percepção de aguardar informações sobre um paciente que está se submetendo a uma cirurgia.

No ambiente de espera foram relatados diferentes tipos de respostas sobre o assunto explorado, e variados também são as percepções desses entrevistados no momento que foram questionados sobre o espaço onde aguardavam seus pacientes.

Como o tu não é qualquer coisa elusiva. É um rosto real com um olhar e expressão. A face do outro se torna impossível à indiferença. Onde a fisionomia do outro me obriga a tomar atitudes porque fala, provoca, evoca e convoca. Especialmente o rosto do carente, desfavorecido, desprotegido, e excluído, o rosto do outro que se constituem as relações principais do ser humano e se definem como tendências de dominação ou de cooperação (BOFF, 2004).

Quando se fala em cuidado, esse deve ser voltado tanto ao paciente quanto aos seus acompanhantes, o olhar, é uma importante fonte de observação, “é”, sair de si, e ao mesmo tempo, trazer para dentro de si o mundo, entendendo a importância da assistência prestada ao usuário, como também no recinto em que

eles se encontram, sendo um ambiente confortável, tranquilo, agradável e assistido pelos profissionais responsáveis (PESSINI; BERTACHINI, 2004 apud CHAUI; 1988 p.33)

Assim, torna-se necessária a inclusão dos acompanhantes como clientes da equipe de saúde, visto que eles necessitam de atenção, cuidados e informações, sendo essa inclusão inserida na humanização hospitalar. Disponibilizando a esses acompanhantes um ambiente com condições adequadas e humanizadas que favoreçam o acolhimento e informações necessárias (MALTA, 2011).

As respostas obtidas dos entrevistados ficaram semelhantes, trazendo significados muito convincentes sobre as informações.

Ambar, responde:

“(...) A pessoa fica ansiosa por uma notícia boa, tem que ter fé em Deus e nos médicos para tudo dar certo”.

Opala explica:

“(...) Quando a pessoa doente apresenta um quadro maior de risco de morte, é muito desesperador”.

Onix diz:

“(...) Sinto vontade que ele saia logo do centro cirúrgico, para que eu veja o estado que ele se encontra”.

Espinela exprime:

“(...) É angustiante pelo tempo que o paciente passa lá dentro, parece muito tempo e não se tem informações concretas do quadro que ele se encontra, se está bem ou não”.

Analisando as respostas dos entrevistados, pode-se constatar que, os mesmos dispunham de sentimentos parecidos sobre as sensações de aguardar no ambiente de espera por informações sobre o momento da cirurgia do seu paciente, vendo a necessidade que naquele espaço seja prestada assistência também aos acompanhantes de usuários que se encontram no centro cirúrgico, com ou sem risco de vida.

A equipe de saúde é responsável por assistir de forma humanizada tanto o paciente quanto ao acompanhante que se encontra na sala de espera do centro cirúrgico, pois é um local que possibilita sentimentos angustiantes, de ansiedade e de espera por informações.

5.3.2 Percepção do acompanhante sobre o ambiente de espera de um centro cirúrgico, no momento em que aguarda informações sobre seu paciente ao submeter-se a uma cirurgia.

Segundo Brasil (2009), OMS (2010), Passini e Bertachi (2006), para se fazer uma avaliação sobre o que é um ambiente de espera de um centro cirúrgico de um hospital, foi necessário entendermos como é na realidade este espaço, e o que se possibilita nesse ambiente, onde são divididas algumas opiniões e emoções por aqueles que esperam informações ou o seu paciente, os acompanhantes de usuários.

Utilizando assim, a seguinte indagação norteadora, qual é a verdadeira vontade de quem está aguardando por uma cirurgia, espera-se que seja uma área reservada aos pacientes e aos seus acompanhantes, antes do acesso ao centro cirúrgico, um local fechado, arejado e confortável, que as pessoas que ali estão aguardem por informações, durante o ato cirúrgico e pós-cirurgia até a transferência do paciente para outro setor. Espaço designado somente a pessoas próximas, que acompanhará o paciente, um ambiente que deve ser equipado de poltronas, televisão, água e sanitário. Para permitir a este um pouco de comodidade no momento de total expectativa quanto ao quadro de saúde do seu paciente.

As respostas dos acompanhantes constituíram-se em sua maioria semelhantes, variando apenas a maneira como foram relatadas.

Jaspe diz:

“(...) Deveria ser uma sala fechada, onde houvesse um profissional capacitado, que trouxesse informações, apoio e atualização sobre o estado de saúde do paciente, para que a pessoa não ficasse tão ansiosa”.

Ágata explica:

“(...) Deveria ser uma sala reservada, que permitissem que um familiar do acompanhante estivesse junto, dando apoio nesse momento”.

Pedra da lua relata:

“(...) Deveria ter uma sala com acesso ao setor de recuperação pós-cirurgia, onde o paciente se encontre para o acompanhante poder ver o estado de saúde deste e assim, dar notícias aos familiares”.

Onix exprime:

“(...) Eu acho que era pra ser um lugar mais aconchegante, que a pessoa pudesse se distrair para diminuir a ansiedade enquanto espera”.

Jade responde:

“(...) Aqui deveria ser um ambiente mais reservado, arejado, com pelo menos o mínimo de conforto possível, distante da porta do centro cirúrgico, com informações dadas por um profissional, evitando assim, que os acompanhantes vissem aparelhos e macas entrando o tempo todo no centro cirúrgico, deixando-nos assim angustiados, sem saber se aquilo é para o nosso paciente”.

Conforme as respostas obtidas compreendeu-se que o ambiente de espaço do centro cirúrgico, não é um lugar confortável para que os acompanhantes de pacientes cirúrgicos passem um período de tempo esperando pelo seu paciente, esse espaço está deixando a desejar, no que diz respeito às suas condições. Haja vista, a maioria dos entrevistados relata sobre a falta de informações e o mínimo de conforto que seja o que é praticamente é inexistente.

Buscando entender o significado real da palavra “sala de espera” do Centro Cirúrgico de um hospital para alguém que fica na expectativa a espera de informação sobre a condição de saúde de seu familiar ou amigo, entende-se que; com uma porção elevada de angústia, tensão, ansiedade, incerteza e muita

confiança em Deus, este local significa um ambiente onde são depositados sentimentos difusos, devido à preocupação com a pessoa que será submetida ao procedimento cirúrgico, buscando captar informações, com o único propósito de compreender o que está acontecendo.

Diante deste problema, refutar-se o que deve ser feito e a quem recorrer para que esses acompanhantes tenham melhores condições de conforto nesse espaço, que não pode ser chamado de sala de espera, pelas condições inadequadas existentes, a falta de respeito e humanização com aqueles que passam horas aguardando informações e uma palavra de apoio por parte dos servidores de saúde, e foi visto a total falta de assistência para com essas pessoas a começar pelo local onde se situa o ambiente de espera, um lugar impróprio, com condições impróprias para aguardar tanto informações quanto a volta de pacientes.

Espera-se que este estudo contribua para mudanças na gestão dos serviços de saúde, a fim de transformar a assistência fragmentada em humanizada, esta com mudanças nas práticas do processo de trabalho executada por profissionais de saúde, gestores e usuários.

5.3.3 Sentimentos dos acompanhantes com relação à humanização da assistência no ambiente de espera de um Centro Cirúrgico.

Na medida em que avança a tecnologia da produção de serviços em saúde, a atenção e o cuidado com o ser humano requer uma condição essencial para o plano de um serviço assistencial produtivo e positivo, que determina o cuidado unificado e especializado para o cliente. Já que pelo fato de ser essencial, não deverá ser descartada, vivemos hoje, em que a sociedade sonha com um mundo ainda inexistente no aspecto voltada para atenção e o cuidado na saúde, que atualmente encontra-se em condições indesejáveis que separa a realidade de uma ilusão comum (BOFF, 2004; BRASIL, 2009).

Opala respondeu:

“(...) Eu acho que existe uma boa assistência, muitas vezes a humanização depende da maneira em que se conversa com os profissionais, apesar da falta de tempo eles prestam sim, uma

assistência humanizada para os acompanhantes, de maneira que são supridas todas as necessidades e informações”.

Onix relata:

“(...) Essa assistência pode melhorar por parte dos profissionais, basta trazerem informações a família dos pacientes”.

Água–marinha diz:

“(...) Não existe uma humanização nesse lugar, a pessoa desatualizado sobre o estado de saúde do paciente, aqui não explicam nada sobre o procedimento cirúrgico, só informam que vão fazer uma cirurgia e mais nada, humanização na verdade falta humanização para os acompanhantes nesse ambiente”.

Espinela responde:

“(...) Aqui falta humanização a começar pela porta de entrada do hospital, é inexistente a humanização da assistência não chega ninguém que forneça essa humanização, é como se não tivesse uma preocupação com a pessoa que está acompanhando, informações só é dada se a pessoa for atrás, quando tem alguém conhecida dentro do hospital ai sim, se tem informação, humanização e assistência prestada ao acompanhante”.

Os valores referentes ao exemplo da assistência são construídos em meio a cuidados para os que são menos favorecidos, quando esses sofrem com a falta de condição de melhor adaptação dos serviços assistenciais à saúde, tentando assim, alcançar a expressão característica desse estado peculiar, vamos caminhando com os acompanhantes de pacientes pelas vias da sua história pessoal, abrigando as definições de renúncia e procurando alguma outra significação vitalizadora que está lá inserida numa indiferença, para os que estão acompanhando, mostrando uma insignificância sempre presente (PESSINI; BERTACHINI, 2004).

No entanto, o momento é de trazer a ideia e reiterar o direito deste acompanhante como cidadão, em busca da emergência para reconhecer suas frustrações, com intenção de forjar tentativas de resolução dos problemas, isso é obra do profissional, que cria oportunidades de integração da identidade do sujeito para uma melhor assistência que deve ser prestada com total humanização, a fim de, contribuir de alguma maneira com o bem estar desses indivíduos, esses esperam o mínimo dos servidores da saúde com relação a uma atenção e respeito atribuídos a eles.

5.3.4 A percepção do acompanhante sobre o acolhimento no ambiente de espera de um centro cirúrgico

Analisando as respostas obtidas pelos entrevistados, verificou-se que o ambiente em que os acompanhantes encontravam-se não há acolhimento. De forma que, o aspecto do espaço de espera do centro cirúrgico escapa totalmente dos preceitos normais. Além de não haver uma sala fechada, esse ambiente se dar em meio a um corredor, no qual os acompanhantes estão expostos há algumas situações, como: Presenciar pessoas feridas passando em macas para o centro cirúrgico, assim como a passagem de pacientes que foram a óbito. As poltronas dão lugar a cadeiras plásticas que estão situadas enfrente a porta de entrada e saída do centro cirúrgico sem oferecer qualquer tipo de conforto e total falta de informação por parte dos profissionais de saúde.

Entendendo que a humanização da assistência e o acolhimento são primordiais no momento de espera por paciente, por aqueles que estão expostos a muitas emoções, como: Medo, angústia, ansiedade, dúvidas e etc. Estabelecer-se uma afinidade de confiança com os profissionais de saúde nesse momento fortalecem sentimentos positivos que trazem tranquilidade e confiabilidade do acompanhante para com os servidores de saúde. Porém quando esse relacionamento é inexistente, a relação é evidenciada de forma negativa, afetando emocionalmente esses acompanhantes (SANTOS et al, 2011).

Água – marinha responde:

“(...) Sinceramente não sei o que é acolhimento aqui nesse hospital, falta educação da parte da maioria dos profissionais,

eles se negam a acolher e dar qualquer tipo de informação e orientação, a pessoa fica pelos corredores, procurando saber os locais que precisamos ir”.

Pérola diz:

“(...) Existem sim esse acolhimento por alguns profissionais, por outros realmente não existe”.

Opala relata:

“(...) Esse hospital para ser um hospital público, apesar da demora pela espera de um médico cirurgião, o acolhimento foi muito bom e realmente funcionou aqui, não tenho do que reclamar, fui muito bem assistido (a), tanto eu, quanto o paciente a quem estou acompanhando”.

Nesse sentido é necessário que sejam feitos questionamentos sobre as composições presentes na sociedade, que vinculam situações de vulnerabilidade em que os acompanhantes de pacientes cirúrgicos se encontram. Observou-se no decorrer da entrevista que tais acompanhantes passam por diversas situações de desconforto no ambiente de espera, como a falta de um espaço adequado para um período de espera por seu paciente, ou uma informação sobre o seu estado de saúde, como também a necessidade de um apoio psicológico por parte dos profissionais capacitados do serviço de saúde.

No entanto, proporcionar um melhor conforto e comodidade para esses cidadãos não seria um favor e sim um dever dos gestores do hospital, de maneira que a assistência humanizada está inserida no processo de saúde do indivíduo.

É necessário solicitar mudanças que possam aproximar os órgãos formadores da gestão do serviço de saúde, na busca por melhoria da infraestrutura hospitalar ao atendimento a esse acompanhante.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando o que foi exposto nessa pesquisa, conclui-se que o ambiente de espera do centro cirúrgico do hospital geral, não está adequado, para comportar os acompanhantes, falta muito a ser feito, para que esse ambiente possa oferecer uma melhor qualidade na assistência humanizada e um acolhimento completo por parte dos profissionais de saúde que ali desempenham os seus serviços, haja vista além da deficiência na assistência, existe um lugar totalmente desconfortável para que os cidadãos possam esperar a volta dos seus pacientes com dignidade.

Podemos constatar que a maioria dos acompanhantes entrevistados, são sujeitos de baixo poder aquisitivo, contudo, essas pessoas buscam o Serviço Único de Saúde a fim de suprir suas necessidades no momento da falta de saúde, limitando-se no momento de reivindicar seus direitos por uma melhor condição na assistência prestada, o estudo comprovou que o nível de escolaridade desses entrevistados é o ensino médio incompleto, esse fator retrata a falta de conhecimento por partes desses acompanhantes que necessitam de melhoria e comodidade no espaço de espera.

Durante a pesquisa observou-se que na percepção dos acompanhantes no ambiente de espera do centro cirúrgico, foram relatados a falta de humanização, e acolhimento, por parte dos profissionais de saúde e gestores daquele ambiente hospitalar, os quais deveriam melhorar a assistência e o respeito com as pessoas que se encontram aflitos, por informações do seu paciente enquanto são submetidos ao ato cirúrgico, onde não existe nenhum lugar adequado e acolhedor na busca de melhorar o estado emocional dos mesmos.

Considerando as respostas obtidas na pesquisa, verificou-se que os acompanhantes do ambiente de espera do centro cirúrgico, no momento em que aguardam informações relatam angústia, ansiedade, medo de perder o seu paciente, desespero, falta de orientação e apoio psicológico por parte dos profissionais que executam as suas atividades.

A necessidade de incluir os acompanhantes como um membro importante na equipe de saúde, se dá devido à necessidade de cuidados e principalmente de informações importantes para aplicar a humanização no âmbito hospitalar, almeja-se a importância de dispor de condições adequada e humanizada deste ambiente, com informações e acolhimento para os acompanhantes.

Diante do exposto, foi analisada a percepção dos acompanhantes no ambiente de espera de centro cirúrgico no Hospital Geral Tarcísio Maia na cidade de Mossoró/RN. Constatou-se a hipótese do estudo, onde através da maioria das respostas obtidas os entrevistados passam por situações de total falta de comprometimento por parte dos gestores e demais prestadores de serviço em saúde daquele local, comprovando a deficiência na prestação da assistência humanizada, haja vista esta não deve ser direcionada somente ao paciente, mas também ao seu acompanhante, de modo que, este está igualmente inserido no processo de recuperação, embora indiretamente. Dessa maneira conclui-se que os objetivos foram alcançados.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Zenaide Neto (Org.). **SUS Sistema Único de Saúde: antecedentes, percurso, perspectivas e desafios**. 1.ed. São Paulo: Martinari, 2011.

AMARAL, José Luiz Gomes. **SUS o que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Atheneu, 2008.

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de; PONTES, Ricardo José Soares; MARTINS JUNIOR, Tomaz. A descentralização no marco da Reforma Sanitária no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, v.8, n.1/2, 2000.

ARCHANJO, Juliana Valadão Leite. **Política Nacional de Humanização: reafirmando os princípios do sus**. 110 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2010.

ARCHANJO, Juliana Valadão Leite; BARROS, Maria Elizabeth Barros de. **Política Nacional de Humanização: desafios de se construir uma “política dispositivo”**. Espírito Santo, [2009?].

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: edições 70, 2010.

BARREIRA, I. A. A reconfiguração da prática da enfermagem brasileira em meados do século 20. **Texto contexto - enfermagem**, v.14, n.4, p. 480-487, 2005. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n4/a03v14n4.pdf>>. Acesso em: 05 ago. 2012.

BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciência e saúde coletiva**, v. 10, n.3, p.561-571, 2005.

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra**. 16. ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2.ed. Brasília: MS, 2009a.

BRASIL. Ministério da saúde. **HumanizaSus: visita aberta e direito a acompanhante**. Brasília: MS, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes Operacionais: Pacto pela Vida, em defesa do SUS e de gestão**, 2 ed. Brasília: Ed. MS, 2006 a. v. 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: Política de humanização, a humanização como eixo norteador das práticas e atenção e gestão em toda as instâncias dos SUS**. Brasília: MS, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução 196/96. **Dispõe sobre diretrizes com seres humanos**. Brasília: MS, 1996.

CARVALHO, Guido Ivan; SANTOS, Lenir. **Sistema Único de Saúde: comentários à lei orgânica da saúde, leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90**. 4.ed. Campinas: UNICAMP, 2006.

CASATE, Juliana Cristina; CORRÊA, Adriana Katia. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v.13 n.1. Ribeirão Preto, 2005.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução 311/2007. **Dispõe sobre o código de ética para o profissional de Enfermagem**. 2007.

DESLANDES, Suely F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência e saúde coletiva**, v.9, n.1, p.7-14, 2004.

DESLANDES, Suely Ferreira; AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. **Humanização e cuidado em saúde**. [2005].

DESLANDES, Suely Ferreira. O projeto ético-político da humanização: conceitos, métodos e identidade. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.9, n.17, p.389-406, mar/ago 2005.

SCOREL, Sarah; TEIXEIRA, Luiz Antonio. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1822 a 1963: do Império ao desenvolvimento populista. In: GIOVANELLA, Lígia et al. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

FALK, M. L. R.; RAMOS, M. Z.; SALGUEIRO, J. B. A rede como estratégia metodológica da Política Nacional de Humanização: a experiência de um hospital universitário. **Interface: Comunic, Saúde, Educ**, v. 13, p. 709, 2009. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832009000500022&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 03 ago. 2012.

FEUERWERKER, Laura, Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface: Comunic, Saúde, Educ**, v.9, n.18, p.489-506, set./dez. 2005.

FIGUEIREDO, Nélia Maria (Org.). **Ensinando a cuidar em saúde pública**. Rio de Janeiro: Yendis, 2008.

FIGUEIREDO, Nélia Maria et al. Entre a filosofia e as políticas públicas: o que saber sobre o SUS. In: FIGUEIREDO, Nélia Maria; TONINI, Teresa (Org.). **SUS e saúde da família para enfermagem: práticas para o cuidado em saúde coletiva**. São Caetano do Sul: Yendis, 2012.

FIGUEIREDO, Nélia Maia (Org.). **Ensinando a cuidar em saúde pública**. Rio de Janeiro: Yendis, 2008.

FONTINELE JUNIOR, Klinger. **Programa Saúde da Família (PSF)**, 2.ed.Goiânia: AB, 2008.

FRANCO, T.B.; As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS R.A. (Orgs.). **Gestão em Redes**: práticas de avaliação, formação e participação na saúde; Rio de Janeiro: CEPESC-IMS; UERJ; ABRASCO, 2006.

FRANCO, T.B. **As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS; UERJ; ABRASCO, 2005.

FRANCO, Túlio Batista; Bueno, Wanderlei Silva; MERHY, Emerson Elias. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Caderno de saúde pública**, Rio de Janeiro, v.15, n.2, p.345-353, abr./jun. 1999.

GEOVANINI, Telma et al. **História da enfermagem**: versões e interpretações. 3.ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2010.

GOMES, M. C. P. A; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n.17, p.287-301, mar./ago. 2005.

GOMES, Nadirlene Pereira. **Trilhando caminhos para o enfrentamento da violência conjugal**. 178 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.

MALTA, Mônica A. **A Humanização da Assistência no Centro Cirúrgico**: Implantação da Sala da Família. 2011. Poster.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E.M. **Fundamentos de metodologia científica**. 6.ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MATSUDA, L. M.; SILVA, N.; TISOLIN, A. M. Humanização da assistência de enfermagem: estudo com clientes no período pós-internação de uma UTI-adulto. **Acta Scientiarum. Health Sciences**. Maringá: v. 25, n. 2, p. 163-170, 2003. Disponível em: <
<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/viewFile/2227/1455>>. Acesso em: 06 ago. 2012.

MORAIS, M.S.T. et al. Direitos do usuário no SUS: acolhimento como estratégia para humanizar o cuidar. In: COSTA, S. et al (Org.). **Direito do usuário em serviços de saúde**. João Pessoa: UFPB, 2011.

MOSCOVICI, Serge. **A representação social da psicanálise**. Tradução de Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978.

NOGIMI, Z. Fundamentos de Enfermagem In: PORTO, A. **Curso Didático de Enfermagem**. 4. ed. São Caetano do Sul, SP: Yedis Editora, 2008.

NOGUEIRA, Roberto Passos. **O Trabalho em Serviços de Saúde**. [2008?].

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, supl.1, p.701-8, 2009.

PESSINE, Leo; BERTACHINE, Luciana (Org.). **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: Loyola, 2006.

PESSINE, Leo; BERTACHINE, Luciana (Org.). **Bioética e Longevidade Humana**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; ed. Joyote, 2006.

PIERSON, Mery Anne. Segurança do Paciente e do Ambiente. In: ROTHROCK, Jane C. Alexander: **Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico**. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

REIS, E. J. B. et al. Avaliação da Qualidade do Serviço de Saúde, Notas bibliográficas, Cadernos de Saúde pública. V. 6, p. 50 – 61, ([2000?]).

ROCHA, S.M.M.; ALMEIDA, M.C.P.de. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. **Rev.latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, p. 96-101, dez. 2000.

SAAD, Martha Solange Scherer. **Casamento**: a complexidade do conceito. [2006].

SANTOS FILHO, Serafim Barbosa; BARROS, Maria Elizabeth Barros de; GOMES, Rafael da Silveira. A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. **Interface** - comunicação, saúde e educação, v.13, p.603-613, 2009.

SANTOS FILHO, Serafim Barbosa. Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Ciência e saúde coletiva**, v.12, n.4, p.999-1010, 2007.

SCHIRMER, J. et al, Cuidados Especiais no Ciclo Gravídico – Puerpério de Alto Risco, In. BARROS, S. M. O. **Enfermagem obstétrica e Genecologia**. Guia para a Prática Assistencial. 2. Ed. São Paulo: Roca, 2009.

SILVA, R. C. P.; ARIZONO, A. D. A política nacional de humanização do SUS e o Serviço Social. **Revista Ciências Humanas**, v. 1, n. 2, 2008. Disponível em: <<http://periodicos.unitau.br/ojs-2.2/index.php/humanas/article/viewFile/455/417>>. Acesso em: 20 jul. 2012.

VASCONCELOS, Cipriano Maia; PASCHE, Dário Frederico. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. **Tratado de saúde coletiva**. 2.ed. São Paulo: hucitec, 2009.

WALDOW, Vera Regina. **Cuidado humano**: o resgate necessário. 3. ed. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 2001.

WEHB Grasiela; GALVÃO, Cristina Maria. O enfermeiro de unidade de emergência de hospital privado: algumas considerações. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.9, n.2, mar./abr. 2001.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo De Consentimento Livre e Esclarecido

Esta pesquisa é intitulada **PERCEPÇÃO DE ACOMPANHANTES EM AMBIENTE DE ESPERA DE CENTRO CIRÚRGICO EM UM HOSPITAL GERAL DE MOSSORÓ/RN** e está sendo desenvolvida por Maria Antonia Clementino de Medeiros, pesquisadora associada, aluna do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró - sob a orientação do pesquisador responsável professora Verusa Fernandes Duarte. A mesma apresenta o seguinte objetivo geral: Analisar as percepções dos acompanhantes de pacientes que estão no centro cirúrgico de um hospital público de Mossoró sobre o ambiente de espera deste setor. Como específicos: Caracterizar os participantes da pesquisa acerca de dados sócio demográficos; Descrever as percepções dos acompanhantes de pacientes que estão no centro cirúrgico de um hospital público de Mossoró sobre o ambiente de espera deste setor; Discutir as percepções identificadas à luz dos referenciais teóricos da Política Nacional de Humanização e do Sistema Único de Saúde.

A Justificativa desse trabalho é abordar a possibilidade de investigar um contexto que apresentará um novo olhar sobre as experiências vividas pelos acompanhantes de usuários de Centro Cirúrgico, além de permitir que a humanização deixe de ser exclusiva do enfermo e se estenda também aos acompanhantes.

Solicitamos sua contribuição no sentido de participar da mesma. Informamos que será garantido seu anonimato, bem como assegurada sua privacidade e o direito de autonomia referente à liberdade de participar ou não da pesquisa, bem como o direito de desistir da mesma e que não será efetuada nenhuma forma de gratificação da sua participação. Informamos ainda que o referido estudo não apresenta risco aparente aos seus participantes.

Ressaltamos que os dados serão coletados através de um formulário. O senhor (a) responderá a algumas perguntas relacionadas ao sentimento sobre a entrada do paciente, que está acompanhando, no centro cirúrgico. Os dados farão parte de um Trabalho de Conclusão de Curso podendo ser divulgado em eventos científicos, periódicos e outros tantos a nível nacional ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, o nome do (a) senhor(a) será mantido em sigilo.

A sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações solicitadas pelo pesquisador participante. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência, caso esteja recebendo.

O pesquisador responsável¹ e o Comitê de Ética em Pesquisa² estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, agradecemos a contribuição do senhor(a) na realização desta pesquisa.

Eu, _____, declaro que entendi os objetivo(s), justificativa, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar da mesma. Declaro também que o pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE/FAMENE.

Estou ciente que receberei uma copia deste documento rubricada a primeira página e assinada a última por mim e pelo pesquisador responsável, em duas vias, de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder do pesquisador responsável.

Mossoró, ____ / ____ / 2012

 Prof^a. Esp. Verusa Fernandes Duarte
 Pesquisadora responsável

 Participante da Pesquisa

Impressão Digit



¹ Pesquisadora Responsável: Verusa Fernandes Duarte

Endereço profissional do Pesquisador: Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN. Av. Presidente Dutra, 701, Alto de São Manoel, CEP: 59.628-000

Email do pesquisador: verusafd@facenemossoro.com.br

Fone de contato profissional: (84) 3312 – 0143

² **Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa:** Av. Frei Galvão, 12 - Bairro Gramame - João Pessoa - Paraíba – Brasil CEP.: 58.067-695 - Fone/Fax : +55 (83) 2106-4790. E-mail: cep@facene.com.br

APÊNDICE B - Formulário

PERCEPÇÃO DE ACOMPANHANTES EM AMBIENTE DE ESPERA DE CENTRO CIRÚRGICO EM UM HOSPITAL GERAL DE MOSSORÓ/RN**1. Caracterização da amostra**

- a) Idade
 18 à 30 anos 31 à 45 anos 46 à 60 anos
- b) Escolaridade
 Ensino fundamental completo
 Ensino fundamental incompleto
 Ensino médio completo
 Ensino médio incompleto
 Superior completo
 superior incompleto
- c) Renda
 até 1 salário mínimo
 até 2 salários mínimos
 acima de 2 salários
- d) Ocupação _____
- e) Estado civil:
 Casado (a) Estável Solteiro (a) Viúvo (a)

2. Questões relacionadas à temática

- a) Você sabe o que é um ambiente de espera do centro cirúrgico?
 sim não
- b) Então qual a sua percepção de um espaço de espera do centro cirúrgico?
- c) Quais as sensações de aguardar informações sobre um paciente que está se submetendo a uma cirurgia agora?
- d) Em sua opinião como deveria ser o ambiente de espera para as pessoas que estão aguardando informações sobre paciente que está se submetendo a uma cirurgia?

ANEXO

ANEXO A – Certidão



Escola de Enfermagem Nova Esperança Ltda.
 Mantenedora da Escola Técnica de Enfermagem Nova Esperança – CEM, da
 Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, - FACENE, da
 Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE e da
 Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN
 Fone: (83) 2106-4790 E-mail: cep@facene.com.br

CERTIDÃO

Com base na Resolução CNS 196/96 que regulamenta a ética da pesquisa em Seres Humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Nova Esperança, em sua 8ª Reunião Ordinária realizada em 11 de Outubro de 2012, após análise do parecer do relator, resolveu considerar, APROVADO, o projeto de pesquisa intitulado "PERCEPÇÃO DE ACOMPANHANTES EM AMBIENTE DE ESPERA DE CENTRO CIRÚRGICO EM UM HOSPITAL GERAL DE MOSSORÓ/RN", protocolo número: 147/12 e CAAE: 08228112.7.0000.5179, da orientadora: **Verusa Fernandes Duarte** e dos pesquisadores participantes : **Maria Antonia Clementino de Medeiros, Johny Carlos de Queiroz, Lucídio Clebeson de Oliveira.**

Esta certidão não tem validade para fins de publicação do trabalho, certidão para este fim será emitida após apresentação do relatório final de conclusão da pesquisa, com previsão em 31/12/12, nos termos das atribuições conferidas ao CEP pela resolução já citada.

João Pessoa, 16 de Outubro de 2012

Escola de Enfermagem Nova Esperança Ltda.
 Rosa Rita da Conceição Marques
 Coordenadora do CEP/FACENE/FAMENE

Rosa Rita da Conceição Marques
 Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa – FACENE/FAMENE

Karine Ferreira da Silva Mendes
 Secretária CEP-Facene/Famene