

## PRÁTICAS DE CUIDADO EM UMA UNIDADE DE EMERGÊNCIA: ENCONTROS E DESENCONTROS SEGUNDO FAMILIARES DE PACIENTES INTERNADOS

CARE PRACTICE IN AN EMERGENCY WARD:  
RIGHTS AND WRONGS ACCORDING TO THE FAMILIES OF PATIENTS

PRÁCTICAS DE CUIDADO EN UNA UNIDAD DE URGENCIAS:  
ENCUENTROS Y DESENCUENTOS CONFORME LOS FAMILIARES DE  
PACIENTES INTERNADOS

Leandro Barbosa de Pinho<sup>1</sup>  
Luciane Prado Kantorski<sup>2</sup>  
Alacoque Lorenzini Erdmann<sup>3</sup>

### RESUMO

Este estudo objetiva refletir acerca das práticas de cuidado na unidade de emergência segundo a visão de familiares de pacientes. Foi uma pesquisa realizada com familiares de três pacientes internados na unidade de emergência de um pronto-socorro de uma cidade do sul do Rio Grande do Sul. Utilizamos observação participante e entrevista semi-estruturada e gravada. Os relatos apontam para uma contínua ausência de envolvimento emocional do profissional de saúde, que ainda prioriza o atendimento direcionado ao restabelecimento da saúde física em detrimento do vínculo, do acolhimento e do relacionamento terapêutico. Esse estudo nos reporta à necessidade de se repensar a prática profissional nas unidades de emergência, com vistas a uma prática de cuidado que também valorize as necessidades psicossociais de pacientes e familiares.

**Palavras-chave:** Cuidados de Enfermagem; Unidades de Terapia Intensiva; Relações Enfermeiro-Paciente; Relações Profissional-Família; Família.

### ABSTRACT

This study intends to reflect on care in the emergency ward from the point of view of patients' families. This research was carried out with the families of three patients at the emergency ward of a city in the south of the State of Rio Grande do Sul, Brazil. We used participant observation and semi-structured and recorded interviews. The reports indicate a continuous absence of emotional involvement by health professionals, who still prioritize care for re-establishing physical health in contrast to a bond, receiving and therapeutic relationship. This study shows us the need to rethink professional practice in emergency wards, towards a care practice which also values the psychosocial needs of patients and families.

**Key words:** Nursing Care; Intensive Care Units; Nurse-Patient Relations; Professional-Family Relations; Family.

### RESUMEN

El objetivo de este estudio es reflexionar sobre las prácticas de cuidado en una unidad de urgencias según los familiares de algunos pacientes. Es una investigación realizada con todos los familiares de tres pacientes internados en una unidad de urgencias del servicio de urgencias de una ciudad del sur del Estado de Rio Grande do Sul. Se llevo a cabo mediante observación participante y entrevista semiestructurada grabada. Los relatos indican la falta de compromiso emocional del profesional de salud que todavía le da prioridad a la atención que busca restablecer la salud física y que dispensa poca atención al vínculo, recepción y relación terapéutica. Este estudio nos alerta sobre la necesidad de repensar la práctica profesional en las unidades de urgencias con miras a una práctica de cuidado que también valore las necesidades psicológicas y sociales de los pacientes y de sus familiares.

**Palabras clave:** atención de enfermería; unidades de terapia intensiva; relación enfermero - paciente; relaciones profesional-familia; familia.

<sup>1</sup> Enfermeiro. Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC / SC. Apoio CNPq.

<sup>2</sup> Docente da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas – UFPel / RS. Doutora em Enfermagem. Pesquisadora do CNPq.

<sup>3</sup> Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC / SC. Doutora em Enfermagem. Pesquisadora do CNPq.

Endereço: Rua Delminda da Silveira, 729 Bloco H Ap. 103 Bairro Agrônômica – CEP: 88025-500 – Florianópolis / SC.

## INTRODUÇÃO

Os fenômenos que sucedem a hospitalização têm impacto tanto nas pessoas que a experienciam como nas ações em saúde executadas pelos profissionais. Entretanto, acreditamos que a internação na unidade de emergência suscita outras formas de ver e entender o hospital como campo de saberes e práticas multidisciplinares e que deve captar e trabalhar com as demandas dos usuários que atendem, sejam eles pacientes ou familiares.

Os setores de Pronto-Socorro fazem parte das redes pública e privada de saúde, responsáveis pelo atendimento aos casos em que há risco de vida imediato ou mediato. Assim, é sabido que os serviços são extremamente requisitados pela população, não sendo novidade no país a existência de uma sobrecarga de atendimento, de escassez de recursos materiais, humanos e financeiros. Nesse sentido, entendemos que as condições do paciente, do serviço de saúde procurado, a disponibilidade dos profissionais de saúde, entre outros fatores, podem interferir na recuperação desse paciente durante sua internação, refletindo-se também na recuperação de sua família, até mesmo no que diz respeito a seu aspecto emocional.

O hospital constituía-se, na Idade Média, em uma instituição de caridade, que prestava cuidado a pobres e moribundos, indivíduos esses marginalizados pela sociedade da época. O cuidado aos pacientes era prestado por irmãs de caridade, com interesses religiosos. Contudo, com o advento do capitalismo e a captura dos processos de trabalho pelos hospitais, a instituição passou a cuidar de doentes com fins curativos.<sup>(1)</sup>

Durante a guerra da Criméia, Florence Nightingale conseguiu sanear o hospital militar em que prestava cuidados, logrando uma redução das taxas de mortalidade de soldados internados 40% para 2% utilizando um referencial disciplinado de cuidado. Ela também acreditava que o cuidado, além de ser disciplinado, deveria ser direcionado ao conforto do paciente no espaço hospitalar, onde as boas condições do ambiente passavam a ser prioridade e as necessidades psicossociais eram garantidas como forma de se promover a reabilitação integral do doente.<sup>(2)</sup>

Observamos que Florence já se preocupava com o conforto do paciente por meio da modificação do chamado "ambiente terapêutico". Seu pensamento, de caráter ambientalista, permitiu discussões acerca das possibilidades e limitações do hospital na promoção de saúde e reabilitação dos pacientes. Começou-se então, a humanizar, mesmo que de maneira incipiente, um ambiente tecnicista, em que a integralidade da atenção deveria ser oferecida tendo-se em vista a da promoção da saúde física e mental de pacientes e familiares.

As necessidades ou os problemas de saúde de pacientes e familiares dependem deles e do profissional que os atende. Qualquer pessoa que procura um serviço de saúde traz consigo um problema, um obstáculo que precisa de resolução. Assim sendo, cabe ao profissional de saúde amenizar o problema ou solucioná-lo com base em seu saber científico e tecnológico. As tecnologias assistenciais surgem como alternativas teórico-metodológicas de atendimento ao usuário que procura o serviço. O processo de

adoecimento deve ser encarado do ponto de vista pluralista, em que fatores físicos, psicológicos e socioculturais predominam e rumam para uma trajetória convergente de resolução dos problemas de saúde.<sup>(3)</sup>

Segundo esse mesmo autor, as tecnologias assistenciais podem ser de 3 tipos: duras, nas quais predominam os equipamentos, os aparatos tecnológicos; leve-duras, em que há uma ênfase no saber científico e estruturado (como as clínicas médicas) e as leves, em que o acolhimento, o vínculo e o relacionamento humano são destaques como saberes interpessoais e como poderosos instrumentos de humanização da assistência.

Entendemos que qualquer gesto realizado pelo profissional de saúde, por mais breve que seja, constitui alternativa para aliviar um ser sofrido, uma postura curvada e um rosto triste. O vínculo, o acolhimento e o relacionamento terapêutico são tecnologias que devem fazer parte da rotina de atendimento de tais profissionais, pois tornam-se formas de expressão em que se resgatam as concepções de ser humano em sua integralidade biopsicossocial, contribuindo para um cuidado mais humanizado nos serviços de saúde.

A humanização em saúde vem sendo discutida em diversos estudos, tanto nacional<sup>(5-7)</sup>, como internacionalmente.<sup>(8-9)</sup> Todos eles apontam para a valorização do ser humano doente, entendendo-o em sua inteireza e nas mais diversas fases do seu ciclo vital. Cada ser humano é único em sua forma de pensar, agir e reagir, tendo, por isso, necessidades próprias, exigências, carências, demandas psicossociais e relações sociais singulares, sendo os familiares o seu principal apoio ou possibilidade de amparo e proteção.

Este estudo pretende refletir acerca das práticas de cuidado nas unidades de emergência com um olhar para as famílias de pacientes internados, apontando alguns autores que discorrem sobre esta problemática. Acreditamos que, ao descrever algumas inquietações dos familiares, necessidades, dúvidas, desentendimentos, opiniões e inconformidades acerca das condições de atendimento em uma unidade de emergência, enfatizando seus encontros e desencontros em relação ao que seria o melhor nesta situação, estaremos provocando maiores debates e reflexões sobre as práticas de cuidado efetuadas pelos profissionais de saúde nesse espaço social.

## O PROCESSO INVESTIGATIVO SEGUIDO

Foi realizado de um estudo de grupo, de caráter exploratório, com familiares de três pacientes internados na unidade de emergência de um pronto-socorro de um hospital universitário da região sul. Obteve-se a aprovação do comitê de ética em pesquisa da instituição, bem como a devida assinatura do consentimento livre esclarecido dos sujeitos envolvidos.

O serviço de Pronto-Socorro, local de estudo, possui 720 m<sup>2</sup> e situa-se em local de fácil acesso a transporte coletivo pela população. Atende pelo Sistema Único de Saúde (SUS) nas 24 horas do dia, inclusive feriados e finais de semana.

A unidade de emergência pesquisada tem uma área útil de 60,85 m<sup>2</sup>, sendo a porta de entrada das emergên-

cias clínicas e traumáticas. Dispõe de três leitos fixos, três macas, uma sala de expurgo e um sanitário de pacientes. Além dos serviços médicos tradicionais, oferece atendimento com especialistas nas áreas de neurologia, traumatologia, pediatria, cirurgia geral e especializada.

O estudo foi realizado através de observação participante livre e de entrevista semi-estruturada e gravada. Todas as informações colhidas das entrevistas foram transcritas, organizadas na forma de um diário de campo, analisadas agrupando-se as idéias convergentes e fazendo relação com a bibliografia disponível.

Cada família foi identificada com a letra F seguida do número que corresponde à ordem em que apareceu no estudo (F1, F2 ou F3). Os pesquisadores permitiram que os investigados escolhessem um nome fictício para a participação no estudo a fim de preservar suas identificações pessoais. Assim, a identificação da família seguiu esta ordem: nome fictício do familiar – número correspondente da família na entrevista (F1, F2 ou F3) – grau de familiaridade com o paciente. Exemplo: Alice – F2 – Neta.

## RESULTADOS E DISCUSSÕES

Em 2002, o Ministério da Saúde, reconhecendo a relevância do setor de urgências e emergências na saúde pública, publicou a Portaria 2048/2002<sup>4</sup>. Através dela, reconhece-se o aumento da demanda de atendimento, a insuficiente estruturação de uma rede assistencial e a grande distância entre os municípios, prejudicando os primeiros atendimentos. Resolveu-se criar os chamados Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, contribuindo para a regionalização da assistência, tão preconizada pela Norma Operacional Básica (NOB) 01/2002 do Sistema Único de Saúde.

Segundo a Portaria, as urgências e emergências no país serão coordenadas pelos estados e municípios, que se responsabilizam pelo recebimento dos recursos, sua aplicação adequada (serviços de remoção, ampliação da rede pré-hospitalar e intra-hospitalar e a capacitação/recapacitação dos profissionais), além da fiscalização no andamento das propostas.

As urgências e emergências nos remetem às condições de atendimento que exigem medidas terapêuticas mediatas e imediatas, em que existe risco de vida. Nesse sentido, podemos classificá-las como procedimentos de alta complexidade, havendo a necessidade de desenvolvimento de aparatos tecnológicos que reabilitem pessoas em menor tempo possível e com o menor grau de seqüelas.

Contudo, mesmo que a atenção seja voltada ao paciente, o familiar ali presente também necessita de atenção. Eles percebem e se preocupam com o que está acontecendo, sem, muitas vezes, entender a gravidade e o comportamento dos profissionais da saúde. As seguintes falas dos familiares embasam nossa preocupação:

*Eu acho que o paciente quando chega, se é um caso que é emergência, entra direto, tá? Só que eu acho que depois que tu tocou nele, viu mais ou menos a*

*primeira vista... já fala então, uma pequena notícia... dizer alguma coisa, falar alguma coisa... a pessoa fica ali trancada, não pode entrar, não pode falar também.. quando tiverem boa vontade eles te chamam, ou em certos casos... só chamam quando morreu.. (Brenda – F1 – Filha).*

*Quando a gente entra está tudo calmo, então eles estavam todos brincando, então na hora que tem movimento eu não sei o que eles estão fazendo, eu não sei de nada (choros). Essa é a realidade, quem te garante que eles estão vindo, se a minha vó está vomitando ali se eles estão lá no canto? Então o único momento que eu tenho contato eu não tenho contato, eu só fico parada olhando, dois minutos no máximo, porque tu tens que entrar rápido e sair rápido... eu quero saber, eu não to sabendo, eu só entrei ali e saí e não sei de nada e continuo lá na frente, naquele horror, sentada, olhando, sofrendo... se eu tivesse espírito eu seria médica, não seria uma pessoa comum, eu não tenho espírito pra isso, não tenho condições de estar ali, exposta aquilo tudo... ... qualquer atenção às pessoas que tã ali esperando, a mínima atenção que tu tiver, mínima, tu não esquece, sabe? (Alice – F2 – Neta).*

*... eu penso assim... eles (profissionais de saúde) querem que morra mesmo pra ser menos um, é, eu acho que é, os médicos não estão nem aí, ainda ficam rindo um pro outro, e eu choro quando eu chego em casa, eu choro que nem sei... (Patrícia – F1 – Esposa).*

No ambiente de atendimento intensivo há uma supervalorização dos procedimentos técnicos em prejuízo do relacionamento com o paciente e seus familiares. Diante dessas situações, os profissionais de saúde apresentam os mais variados comportamentos, os quais constituem estratégias que representam uma forma de defesa psicológica contra a dor e o sofrimento psíquico do outro e que geram um distanciamento afetivo-emocional, bem como uma impessoalidade do cuidado<sup>(4,11,12)</sup>.

Entendemos que durante a internação em uma unidade crítica, como UTI ou emergência, o profissional de saúde se vê diante da complicação potencial do quadro clínico e das necessidades psicossociais de pacientes e familiares. As modernas tecnologias em equipamentos, como os novos antibióticos e os respiradores artificiais, são exemplos de instrumentais que visam a preservar a vida que está em risco. Assim, o profissional de saúde acaba priorizando, em princípio, a manutenção das condições vitais do paciente, distanciando-se do vínculo, do acolhimento e do relacionamento terapêutico não somente com o próprio paciente, como também com sua família, desestabilizada com a situação, que também carece de atenção e de acompanhamento sistemático e contínuo.

Os usuários que necessitam de atendimento nas unidades de Pronto-Socorro convivem, diariamente, com muitas contradições. Os pacientes esperam a resolutividade, porém observam um atendimento pura-

<sup>4</sup> BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria 2048 de 05 de novembro de 2002. Dispõe sobre a Regulamentação Técnica dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência; 2002.

mente técnico, em que suas necessidades psicossociais são postas em segundo plano. As famílias encontram, além disso, um ambiente sem conforto físico, tumultuado, pequeno e desorganizado, que potencializa as condições de sofrimento psíquico e a desestabilização emocional. Os relatos seguintes confirmam nossa afirmação:

*Se tu soubesses as pessoas que chegam como nós e que tivessem mais condições, né, tivesse um banheiro pronto pra um banho, algo assim, que as pessoas que passam a noite, tipo um barzinho que a pessoa pudesse aquecer uma água, tomar um cafezinho, fazer alguma coisa e não ficar ali daquele jeito, atiradas, realmente, que fosse mais humanizada a coisa... (Nahir – F2 – Filha).*

*... a pessoa vira noite, agüenta mendigo, agüenta tudo ali... depois de ter virado sabe lá Deus quantas noite ali... tu ver o sofrimento das outras pessoas além do teu acaba contigo, porque tu vê gente que vem de outras cidades, chega aqui sem comida, a gente dá comida pras pessoas... as pessoas não tem roupa, não tem roupa pra tomar um banho, não tem como fazer nada, ficam aqui... virando as noites sem comida, sem banho, sem roupa, sem nada, nada! Tu convives com tudo isso ali e tu não tem notícia... (Alice – F2 – Neta).*

As famílias, em suas falas, evidenciam uma característica comum nos serviços de atendimento de emergência: a contínua desumanização do cuidado. Seus relatos expressam suas indignações, desconformidades e demandas psicossociais. Mostram que qualquer pessoa que vivencia um evento estressante, como a doença e a hospitalização, sofre, desestabiliza-se emocionalmente, revolta-se, necessitando de acompanhamento, respeito, conforto e solidariedade, ao mesmo tempo em que também exige um atendimento mais digno e humano.

O atendimento de emergência, por si só, já impõe uma sensação de descontinuidade pela ruptura das relações familiares, sendo agravada pela situação de risco de vida. Assim, a família e o paciente experienciam diversos sentimentos negativos, como a possibilidade da perda, a revolta, o aumento da ansiedade e da desesperança, gerando dor e sofrimento psíquico<sup>(13)</sup>.

A família é afetada como um todo em função do adoecimento de um dos membros. Sofre com a situação de doença, desestabiliza-se psicologicamente, carecendo, por isso, de apoio emocional. As famílias prescindem de companheirismo e de suporte psicossocial, como forma de encarar e conviver com as conseqüências que o processo de adoecer pode gerar<sup>(14)</sup>.

A tecnologia de ponta na área médica e as mudanças que a sociedade globalizada trouxeram à vida das pessoas, inevitavelmente caracterizaram o indivíduo como ser humano que produz e que deve produzir na sociedade em que vive, desconsiderando as concepções de ser humano que possui uma história de vida, relações sociais, uma singularidade. Tal fato permitiu a compartimentalização do indivíduo, reduzindo o atendimento à saúde, em sua grande maioria, ao nível biológico<sup>(5)</sup>.

Como necessidade visível de se combater a contradição imposta pelos avanços da sociedade moderna e a conseqüente tecnologicização e impessoalidade do cuida-

do, o Ministério de Saúde lançou em 2000 o programa de humanização dos serviços de saúde. Batizado de Programa Nacional de Humanização dos Serviços de Saúde, buscou a melhoria das relações entre profissionais e pacientes através do acolhimento, da valorização da comunicação entre os envolvidos nos serviços e a inclusão da família como co-partícipe do processo terapêutico. O contato pessoal entre os pacientes é preconizado, resgatando sua dignidade, singularidade e integralidade<sup>(5,7)</sup>.

Atualmente, o programa sofreu reformulações, ampliando-se ao se transformar em uma política pública nacional de humanização da rede de atendimento à saúde. Recebendo o nome de "HumanizaSUS", pretende amenizar a fragmentação dos processos de trabalho e da rede assistencial, fortalecer a integração das equipes multidisciplinares e colocar o usuário no centro do processo terapêutico<sup>(15)</sup>.

Reiteramos que a ausência de envolvimento emocional do profissional de saúde agrava as dificuldades enfrentadas pela família, assim como seus sentimentos, potencializando as condições de sofrimento psíquico. Nesse sentido, percebemos que a política nacional de humanização pode ressaltar o solidarismo, a afetividade e o interesse afetivo-emocional como atos humanos e exclusivamente humanos, em um momento em que a medicina avança nos cuidados com a doença, mas diametralmente se distancia das dimensões subjetivas e singulares do paciente. Como política pública, pode favorecer o resgate das concepções humanas, sociais e culturais das pessoas, compreendendo a pluralidade do ser humano, sua contemporaneidade, suas necessidades de saúde e seu papel no contexto social, possibilitando, assim, uma prática de cuidado mais humanizada.

O atendimento do paciente em nível biológico é imprescindível em virtude da desestabilização de suas condições vitais. É importante que haja uma atenção imediata à situação clínica, que, nesse momento, carece mais de cuidados intensivos diante do risco de vida do que de atendimento psicológico. Contudo, remarcamos que não se deve desconsiderar as demandas psicossociais de pacientes e familiares, que sofrem diante da situação, desesperam-se, convivem a todo instante com a possibilidade da vida e da morte. O relato de Talia nos demonstra essa preocupação:

*Então se tivesse uma pessoa dessa área assim pra informar a gente e tranquilizar seria maravilhoso porque a gente sabe que nessa situação qualquer palavra por mínimo que seja pra gente é um conforto. (Talia – F3 – Mãe).*

Acreditamos que o relacionamento terapêutico torna-se uma ferramenta relevante para troca de informações e manutenção da saúde mental dos pacientes e de seus familiares nessas ocasiões. Constitui-se em uma tecnologia de cuidado de enfermagem que visa a proporcionar às famílias e aos pacientes uma participação ativa no processo terapêutico. Através dele, podemos firmar confiança, fortalecer os vínculos afetivo-emocionais.

A relação terapêutica promove uma reciprocidade, o autoconhecimento e o hétero-conhecimento, proporci-

onando o alívio de sentimentos negativos, da sensação de vulnerabilidade e do sofrimento psíquico por meio do intercâmbio de informações, da emergência dos mecanismos internos de enfrentamento de problemas, da troca de experiências de vida e do reconhecimento da importância da presença dos familiares na recuperação dos pacientes. Permite o trabalho com as fragilidades, limitações, potencialidades, viabilidades e necessidades de cuidado de pacientes e familiares principalmente nessas situações de abalo e desestabilização emocional, como na hospitalização.

A enfermagem deve se apoderar do suporte interpessoal embasado nos princípios do relacionamento terapêutico durante o tratamento de seus pacientes. É através da manutenção empática, íntima, sistematizada e humanizada do prazer de viver das pessoas que poderemos garantir perspectivas de mudança de comportamentos, alívio do sofrimento imediato e reorientações de condutas<sup>(16)</sup>.

Entendemos o processo de relacionamento terapêutico como dual, horizontal e dialético. Como profissionais de saúde, entramos em contato com pessoas totalmente diferentes, indivíduos únicos, singulares, que pensam, agem e reagem distintamente. Desenvolver uma relação empática é fator fundamental na construção da confiança emocional e do aprendizado interpessoal. Criar um espaço de reflexão em conjunto, discutindo as experiências, transmitindo conhecimentos, aliviando o sofrimento e trabalhando com as limitações evidenciadas possibilita o crescimento pessoal de pacientes, familiares e agentes cuidadores.

O processo de relação terapêutica pode ser entendido como um momento em que duas pessoas se reconhecem como indivíduos únicos, que possuem necessidades individuais, divergências, maneiras de pensar, de agir, assim como inquietações, dúvidas e inseguranças singulares. A experiência terapêutica promove o empoderamento e a melhoria das condições de saúde mental ao permitir a reflexão e contribuir para valorização de si e do outro durante o processo interacional<sup>(17-19)</sup>.

Toda vida possibilita o momento da presença e do encontro entre pessoas, gerando as relações dialógicas entre os homens. O diálogo é um instrumento de interação inter-humana e exclusivamente humana. Uma relação dialógica ocorre quando o homem exprime, com ou sem as palavras, seu "self", ou seja, seu "eu" interior, sua capacidade de se entender, de se sentir, de ser ele mesmo no mundo. O homem firma sua relação dialógica à medida que se permite conhecer como homem, entrar-em-relação com o mundo em toda sua totalidade, aceitando o outro, também, em sua totalidade e unicidade. Assim ocorre o desenvolvimento de uma responsabilidade genuína, que só se forma onde existe o responder verdadeiro<sup>(20)</sup>.

Cada família é única em suas particularidades, reagindo às condições adversas de vida de maneiras totalmente distintas. Deve ser vista como co-partícipe do processo terapêutico, sendo inserida no plano de cuidados pelos profissionais de saúde que atuam na emergência. É necessário que os trabalhadores em saúde utilizem o relaci-

onamento terapêutico como instrumento promotor de saúde mental ao trabalhar com a dor e com o sofrimento dessas famílias, considerando-as não somente como meros acompanhantes, mas como uma unidade intrínseca de cuidados e relações.

A verdadeira vida comunitária é aquela em que estabelecemos relações com o próximo na perspectiva de um Eu-Tu. Porém, quando isso não acontece, o entrar-em-relação se relativiza, o homem se distancia do encontro, do diálogo e da reciprocidade. A relação dialógica se desconstrói e "... *aquele que não pode ter relacionamento direto com cada um que encontra tem uma plenitude vã.*"<sup>(20:56)</sup>.

Assim, percebemos que há necessidade de se evitar uma dicotomização das práticas em saúde, na qual se prioriza uma vertente de atendimento em detrimento de outra. A unidade de emergência possui uma equipe de profissionais das mais diversas áreas da saúde, que podem compartilhar seus saberes de forma interparadigmática. Assim, percebemos que o vínculo e o acolhimento podem ser utilizados como instrumentos de "porta-de-entrada", em que um desses profissionais pode passar pequenas orientações aos familiares de maneira adequada e humana, enquanto o paciente é recebido pelos outros profissionais. Esse comportamento pode aliviar, mesmo que momentaneamente, as condições de sofrimento psíquico, além de proporcionar relativa tranquilidade à família conforme Talia nos mostrou em sua fala anteriormente.

É importante reconhecer a presença dos familiares como clientes que necessitam de conforto, informação, promovê-los como auxiliares na recuperação do paciente e, ao mesmo tempo, como cidadãos com direito de receber atenção, respeito e atendimento digno e de qualidade. Sua condição de familiar acompanhante é estar-junto-com, convivendo e sendo co-partícipe do plano terapêutico como parte das relações sociais dos pacientes.

Entendemos que o cuidado é relacional, dialógico, compartilhado, estando na dependência da competência dos profissionais da emergência e da ajuda de todas as pessoas presentes ou integrantes desse processo, numa noção de compreensão de vida, saúde e modo de viver, orientado pela dignidade, respeito e vontade de construir uma melhor civilidade humana. A solidariedade humana se constrói – em muito – na atenção às necessidades das pessoas presentes em uma emergência de saúde. É nesse espaço e nessas condições que sentimos bem presente a importância das relações solidárias, do amor e do respeito aos seres humanos.

Acreditamos que esse estudo nos reporta à necessidade candente de se repensar a prática profissional nas unidades de emergência, com vistas a uma prática de cuidado humano com seriedade, qualidade e, acima de tudo, mais humanizada.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

As unidades de emergência nos remetem às mais diversas situações que implicam risco de vida, bem como ao atendimento mediato e imediato. A perspectiva de retorno às condições de saúde biológica com o mínimo

de complicações e seqüelas orienta as práticas de cuidado em saúde da unidade.

Procuramos, nesse estudo, demonstrar que as famílias que procuram atendimento para um parente nas unidades de emergência convivem diariamente com muitas contradições. A resolutividade esperada pelos familiares em função da gravidade do quadro clínico convive cotidianamente com a ausência de envolvimento emocional por parte dos profissionais de saúde. Tal fato gera uma impessoalidade do cuidado e um atendimento, considerado pelas famílias, incipiente em humanização.

Constatamos que os profissionais de saúde, na unidade de emergência, ainda priorizam, ou se dedicam especialmente, ao atendimento centrado no modelo biomédico, centrado no corpo da pessoa, de caráter impessoal, em que a doença instalada deve ser combatida em primazia. Assim, há pouca consideração às necessidades psicossociais de pacientes e familiares, que, no momento da internação e do atendimento, desestabilizam-se emocional e fisicamente, e sofrem com o distanciamento afetivo-emocional para com seu parente internado, sob a constante probabilidade de vida e de morte.

Entendemos que o espaço de cuidado em uma unidade de emergência se configura em uma oportunidade do exercício da solidariedade, da construção da civilidade humana e do resgate da cidadania. Em um contexto psicossocial agravado pela complicação do quadro clínico, as famílias devem ser consideradas como unidades de relações intrínsecas ao ser humano doente, devendo ser valorizadas em toda sua integralidade, como também inseridas como co-partícipes no plano terapêutico do paciente.

Finalmente, acreditamos que esse estudo traz uma contribuição ao conhecimento dos profissionais da saúde, servindo como fonte de resgate a uma prática de cuidado mais humano e acolhedor a pacientes e familiares durante a hospitalização e, no nosso caso, nas unidades de emergência.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Almeida MCP, Rocha RSY. O saber de enfermagem e sua dimensão prática. 2a ed. São Paulo: Cortez; 1989.
2. Paixão W. História da Enfermagem. 5a ed. Rio de Janeiro: Júlio Reis Livraria; 1979.
3. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, Organizadores. Agir em saúde – um desafio para o público. São Paulo: HUCITEC; 1997. p.71-112.
4. Pitta AMF. Hospital: dor e morte como ofício. 2a ed. São Paulo: Hucitec; 1996.
5. Pessini L. Humanização da dor e sofrimento humanos na área da saúde. In: Pessini L, Bertachini L, Organizadores. Humanização e cuidados paliativos. 2a ed. São Paulo: Loyola; 2004. p.11-30.
6. Bettinelli LA, Waskiewicz J, Erdmann AL. Humanização do cuidado no ambiente hospitalar. In: Pessini L, Bertachini L, Organizadores. Humanização e cuidados paliativos. 2a ed. São Paulo: Loyola; 2004. p.87-100.
7. Deslandes SF. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. Ciên & Saúde Coletiva 2004; 9 (1):7-14.
8. Pinho LB, Kantorski LP. Refletindo sobre o contexto psicossocial de famílias de pacientes internados na unidade de emergência. Cien Enferm 2004; 10 (1): 67-77.
9. Goodell TT, Hanson SMH. Nurse-family interactions in adult critical care: a bowen family systems perspective. J Fam Nurs 1999; 5 (1): 72-91.

10. O'Gara PE, Fairhurst W. Therapeutic communication part I: general approaches that enhance the quality of the consultation. Accid Emerg Nurs 2004; 12: 166-72.
11. Franchini B. Reação da equipe de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva de adultos diante da dor e sofrimento dos pacientes [monografia]. Pelotas (RS): Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia; 1999.
12. Furlan MP. A equipe de enfermagem convivendo com o estresse de uma unidade de terapia intensiva [monografia]. Pelotas (RS): Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia; 1999.
13. Sebastiani RW. A equipe de saúde frente às situações de crise e emergência no hospital geral: aspectos psicológicos. In: Camon VAA, Organizador. Urgências psicológicas no hospital. São Paulo: Pioneira Thompson Learning; 2002. p.31-9.
14. Marcon SS, Waidman MAP, Carreira L, Decesaro MN. Compartilhando a situação de doença: o cotidiano de famílias de pacientes crônicos. In: Elsen I, Marcon SS, Silva, MRS. O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. Maringá: Eduem; 2002. p.311-35.
15. Brasil. Ministério da Saúde. HumanizaSUS – política nacional de humanização. Documento base pra gestores e trabalhadores do SUS. Brasília; 2004.
16. Scóz TMX. Suporte interpessoal de enfermagem: alternativa metodológica no atendimento às pessoas em situações de crise [dissertação]. Florianópolis (SC): Programa de Mestrado em Ergonomia da UFSC; 2001.
17. Stefanelli MC. Comunicação em enfermagem: teoria, ensino e pesquisa [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 1990.
18. Furegato ARF. Relações interpessoais terapêuticas na enfermagem. Ribeirão Preto: Escala; 1999.
19. Kantorski LP, Pinho LB de, Schrank G. O relacionamento terapêutico e o cuidado em enfermagem psiquiátrica e saúde mental. Rev Enf UERJ 2003; 12 (2): 201-7.
20. Buber M. Do diálogo e do dialógico. São Paulo: Perspectiva; 1982.